

**ZAHTEVEK ZA IZPLAČILO ZAVAROVALNINE IZ ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA  
Z MEDICINSKO ASISTENCO V TUJINI Vzajemna Tujina, Vzajemna 5000+**

(izpolni zavarovalnica)

ŠTEVILKA PRIJAVE: \_\_\_\_\_

ŠTEVILKA POLICE/ DODATKA: \_\_\_\_\_

OZNAKA ZAVAROVANJA: \_\_\_\_\_

**V želji, da bi hitro in učinkovito obravnavali vaš zahtevek, vas prosimo, da upoštevate sledeče:**

- zahtevek izpolnite v celoti in čitljivo z velikimi tiskanimi črkami,
- v primeru, da uveljavljate vračilo zavarovalnine iz več različnih zavarovanj, za isti škodni dogodek izpolnite le en obrazec,
- priložite vso dokumentacijo, ki se navezuje na škodni dogodek,
- zahtevek izpolnite za vsakega zavarovanca posebej,
- zahtevek mora biti izpolnjen in podpisan s strani polnoletnega zavarovanca, ki je utrpel škodo; za mladoletnega zavarovanca, pa mora biti izpolnjen in podpisan s strani zavarovančevega zakonitega zastopnika,
- v kolikor želite, da se zavarovalnina nakaže drugi osebi, vas prosimo, da izpolnite izjavo o odstopu zavarovalnine.

**1. PODATKI O ZAVAROVANCU, ki je utrpel škodo**

Ime in priimek: \_\_\_\_\_ Datum rojstva: \_\_\_\_\_

Naslov: \_\_\_\_\_ Številka ZZS: \_\_\_\_\_

E-naslov: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**2. PODATKI O ŠKODNEM DOGODKU** (ustrezno dopolnite)

Datum škodnega dogodka

Kraj škodnega dogodka

Država

Kontakt z Mondial Assistance **ni bil/ je bil** vzpostavljen dne \_\_\_\_\_, ob \_\_\_\_\_ uri, **po telefonu/ po faksu/ po E-pošti**.  
(ustrezno obkrožite) (ustrezno obkrožite)

Prosimo, kratko in natančno opišite okoliščine in podatke o škodnem dogodku:  
(Kakšni so bili simptomi oz. kako je prišlo do bolezni ali poškodbe, katere storitve so bile opravljene, ...?)

---

---

---

---

---

---

---

---

Ali ste se za posledicami zgoraj opisane bolezni oz. poškodbe zdravili pred sklenitvijo zavarovanja?  NE  DA

**3. STROŠKI ŠKODNEGA DOGODKA**

Vlagam zahtevek za povračilo naslednjih stroškov:

(Navedite vrsto stroškov (npr. nakup zdravil, zdravniški pregled, stroški telefona, ...) in zneske, ki ste jih plačali in so predmet tega zahtevka.)

Vrsta stroška Izvajalec Znesek in valuta

Vrsta stroška Izvajalec Znesek in valuta

Vrsta stroška Izvajalec Znesek in valuta

Vrsta stroška Izvajalec Znesek in valuta

**Temu zahtevku prilagam** (ustrezno označite):

- izvornike računov  fotokopije medicinske dokumentacije (izvidi, recepti, potrdila zdravnikov, ipd.)



#### 4. NAKAZILO ZAVAROVALNINE

Izplačilo zavarovalnine naj se izvede (ustrezno označite in dopolnite):

- na transakcijski račun št. \_\_\_\_\_, SWIFT\*: \_\_\_\_\_, IBAN\*: \_\_\_\_\_,  
odprt pri banki (naziv in naslov banke): \_\_\_\_\_.  
Imetnik računa: \_\_\_\_\_;  
(\*Podatka za SWIFT in IBAN je potrebno vpisati pri izplačilih v tujino.)
- v gotovini na blagajni,
- za plačilo računa izvajalcu, ki je opravil storitve.

#### 5. IZJAVA O ODSTOPU ZAVAROVALNINE (izpolnite v primeru, če želite, da se zavarovalnina nakaže drugi osebi)

Podpisani/a _____, rojen/a _____ Ime in priimek Datum rojstva	
odstopam zavarovalnino, do katere sem upravičen/a v skladu s sklenjeno zavarovalno pogodbo, v korist _____	
Ime in priimek, naslov/Naziv pravne osebe, naslov	Davčna številka
in izjavljam, da zavarovalnine kasneje ne bom terjal od zavarovalnice.	
_____	_____
Kraj in datum	Podpis zavarovanca oz. njegovega zakonitega zastopnika

Izjavljam, da sem prijavil vse okoliščine v zvezi s škodnim dogodkom, da sem predložil vse račune in vso dokumentacijo v zvezi s škodnim dogodkom in da so vsi navedeni podatki in dokumentacija resnični in popolni. Pooblaščam zavarovalnico, da ima pravico vpogleda v mojo medicinsko dokumentacijo, da lahko preveri upravičenost tega zahtevka. Če zavarovalnica ugotovi neresničnost v podatkih ali nepopolnost podatkov in dokumentacije v zvezi s škodnim dogodkom, ima pravico ta zahtevek odkloniti.

Pooblaščam zavarovalnico, da do višine izplačane zavarovalnine in iz naslova tega zahtevka v mojem imenu in za svoj račun uveljavlja regresni zahtevek proti tretji osebi, ki je odgovorna za nastanek škodnega dogodka ali je zavezana za povračilo stroškov storitev, ki so bile opravljene zaradi nastopa škodnega dogodka.

Pooblaščam zavarovalnico, da do višine izplačane zavarovalnine iz naslova tega zahtevka v mojem imenu in za svoj račun uveljavlja povračilo stroškov zdravstvenih storitev, katerih povračilo lahko po veljavnih predpisih Republike Slovenije uveljavljam iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja.

\_\_\_\_\_ Kraj in datum \_\_\_\_\_ Podpis zavarovanca oz. njegovega zakonitega zastopnika

#### Izpolni Vzajemna zdravstvena zavarovalnica

Enota: \_\_\_\_\_

Sprejeto dne: \_\_\_\_\_

Obrazec sprejel: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Podpis delavca Vzajemne

Opombe/zabeleške: \_\_\_\_\_

Podatki o prijavah, vezanih na ta zahtevek:

ŠTEVILKA PRIJAVE: _____	ŠTEVILKA PRIJAVE: _____	ŠTEVILKA PRIJAVE: _____
ŠT. POLICE/ DODATKA: _____	ŠT. POLICE/ DODATKA: _____	ŠT. POLICE/ DODATKA: _____
OZNAKA ZAVAROVANJA: _____	OZNAKA ZAVAROVANJA: _____	OZNAKA ZAVAROVANJA: _____

Obrazec natisnite, izpolnite in nam ga podpisanega skupaj s priloženo dokumentacijo prinesite na vam najbližjo poslovalnico (glejte Poslovna mreža) ali pošljite na spodaj navedeni naslov:

VZAJEMNA d.v.z.  
Oddelek za obdelavo škod zavarovancev  
Mala ulica 5  
1000 LJUBLJANA

V primeru, da želite imeti en izvod podpisanega obrazca, nam posredujte dva podpisana izvoda in vam bomo enega vrnil.