

Zahtevek za uveljavljanje pravice do povračila stroškov za zdravstveno zavarovanje z medicinsko asistenco v tujini NLB Vita Tujina

Zavarovanec (oseba, katere premoženjski interes je zavarovan in je navedena na polici oz. v prilogi k polici ter ima urejeno stalno ali začasno bivališče v RS)

Ime in priimek: _____

Datum rojstva: _____

Naslov: _____

Telefonska številka: _____

Elektronski naslov: _____

Zakoniti zastopnik zavarovanca oz. prijavitelj (izpolnite v primeru, da ima zavarovanec zakonitega zastopnika oziroma v primeru, da prijavitelj ni ista oseba kot zavarovanec)

Ime in priimek: _____

Datum rojstva: _____

Naslov: _____

Telefonska številka: _____

Elektronski naslov: _____

Podatki o zavarovalnem primeru

Številka police: _____

Datum nastanka zavarovalnega primera: _____

Asistenčni center zavarovalnice je bil o dogodku obveščen: DA NE

Država nastanka zavarovalnega primera: _____

Ali imate v državi nastanka zavarovalnega primera urejeno stalno ali začasno bivališče?

DA, _____ (navedite vrsto bivališča)

NE

Datum odhoda v tujino: _____

Datum vrnitve: _____

Podroben opis zdravstvenih težav z navedbo diagnoze ali okoliščin nesreče v primeru poškodbe:



Ali ste se za posledicami te bolezni/poškodbe zdravili že pred odhodom v tujino? DA NE

Uveljavljanje zavarovalnine

Označite nastale stroške, **ki ste jih poravnali sami** ter za katere tudi zahtevate povračilo stroškov in za katera imate priložena ustrezna **originalna dokazila**. Prosimo, da si kopije vseh dokazil shranite. Pri posamezni kategoriji stroška navedite skupen strošek **v valuti države, kjer je nastal**.

- | | | |
|--|-----------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Zdravniški pregled | Skupni strošek: _____ | Valuta: _____ |
| <input type="checkbox"/> Zdravila | Skupni strošek: _____ | Valuta: _____ |
| <input type="checkbox"/> Zdravljenje | Skupni strošek: _____ | Valuta: _____ |
| <input type="checkbox"/> Kontrolni pregled | Skupni strošek: _____ | Valuta: _____ |
| <input type="checkbox"/> Zdravljenje akutnega
poslabšanja kroničnih bolezni | Skupni strošek: _____ | Valuta: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nujni prevoz | Skupni strošek: _____ | Valuta: _____ |
| <input type="checkbox"/> Stroški taksi prevoza* | Skupni strošek: _____ | Valuta: _____ |
| <input type="checkbox"/> Drugi stroški (z obrazložitvijo) | Skupni strošek: _____ | Valuta: _____ |

**Kritje stroškov nenujnega prevoza zavarovanca do najbližje bolnišnice ali klinike in nazaj do mesta nahajanja v tujini (stroški taksi prevoza, mestnega in primestnega prevoza ter pomorskega prevoza).*

Skupni znesek vseh stroškov: _____ Valuta: _____

Povračilo stroškov v valuti EUR se izvede ob upoštevanju srednjega tečaja Banke Slovenije na dan izplačila, na osebni račun **zavarovanca**.

Račun: SI 56 _____ odprt pri banki: _____

Ime in priimek lastnika računa: _____

K zahtevku so priloženi (ustrezno prekrizajte):

- Originalni računi za zdravniški pregled
- Originalni račun za zdravila
- Originalni račun za nujni prevoz
- Originalni račun za taksi prevoz oziroma javni mestni, primestni ali pomorski prevoz (taksi račun, vozovnica javnega potniškega prometa ipd.)
- Originalni zdravniški izvid ali diagnoza
- Originalni izvod ali kopija police
- drugo: _____

Druga sklenjena zavarovanja

Če je zavarovanec zavarovan pri drugih zavarovalnicah, ki krijejo enako izgubo, škodo, strošek ali obveznost kot zavarovanje sklenjeno pri NLB Viti, življenjski zavarovalnici d.d. Ljubljana, je zavarovanec dolžan sporočiti podatke o vseh takih sklenjenih zavarovanjih.

Naziv zavarovalnice: _____

Naslov: _____

Sklenjena zavarovanja in zavarovalne vsote: _____

Izjava

Zavarovanec oz. zakoniti zastopnik zavarovanca/prijavitelj izjavljam, da sem prijavil vse okoliščine v zvezi z zavarovalnim primerom ter predložil originalne račune in ostalo dokumentacijo v zvezi z zavarovalnim primerom ter da so vsi navedeni podatki in dokumentacija resnični in popolni. Če zavarovalnica ugotovi neresničnost ali nepopolnost podatkov ali dokumentacije v zvezi z zavarovalnim primerom, ima pravico, da zavrne povračilo stroškov iz tega zahtevka.

Kraj: _____

Podpis zavarovanca oz. zakonitega
zastopnika zavarovanca/prijavitelja:

Datum: _____

Izpolnjen zahtevek z originalno dokumentacijo pošljite na naslov:

TBS Team 24 d.o.o.

Ljubljanska ulica 42

2000 Maribor

Svetujemo vam, da shranite kopijo celotne dokumentacije, ki ste nam jo poslali.

Za vsa dodatna vprašanja nas lahko pokličete na tel. št. +386 (0)59 69 22 00 ali pišete na elektronski naslov: claims@tbs-team24.com

Izpolni prejemnik zahtevka:

Obrazec prejel (ime in priimek): _____

Prejeto dne: _____

Podpis: _____