

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

Zavarovanec (tj. oseba, ki je zavarovana in je koristila storitve v okviru sklenjenega zavarovanja)

Ime in priimek: _____

Datum rojstva: _____

Naslov: _____

Telefonska številka: _____

Elektronski naslov: _____

Zakoniti zastopnik zavarovanca oz. prijavitelj (izpolnite v primeru, v kolikor zakoniti zastopnik obstaja oziroma 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: _____

Asistenčna družba zavarovalnice je bila o dogodku obveščena: DA NE

Država nastanka zavarovalnega primera: _____

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 opis nastalega stroška, **ki ste ga poravnali sami** ter za katerega tudi zahtevate povračilo stroškov in imate priložena ustrezna **originalna dokazila**. Kopije vseh teh dokazil si prosimo shranite. Pri posamezni kategoriji stroška navedite skupen strošek **v valuti države, kjer je nastal**:

- Zdravniški pregled skupen strošek: _____ valuta: _____
- Zdravila skupen strošek: _____ valuta: _____
- Zdravljenje skupen strošek: _____ valuta: _____
- Kontrolni pregled skupen strošek: _____ valuta: _____
- Nujni prevoz skupen strošek: _____ valuta: _____
- Drugi stroški (z obrazložitvijo) _____

Skupni znesek vseh stroškov: _____ valuta _____

Povračilo stroškov v valuti EUR se izvede ob upoštevanju srednjega tečaja BS na dan izplačila, in sicer na osebni račun **zavarovanca**

SI 56 _____ odprt pri banki: _____

Ime in priimek lastnika računa: _____

K zahtevku so priloženi (ustrezno prekrizaj):

- Originalni računi za zdravniški pregled
- Originalni račun za zdravila
- Originalni račun za nujni prevoz
- Originalni zdravniški izvid ali diagnoza
- Originalni izvod ali kopija police
- drugo: _____

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: zahtevki@tbs-team24.com.

Izpolni prejemnik zahtevka:

Obrazec prejel (ime in priimek): _____

Prejeto dne: _____

Podpis: _____