



Zahtevek za prijavo zavarovalnega primera

1. Podatki o zavarovancu

IME IN PRIIMEK:	DATUM ROJSTVA:
NASLOV:	DAVČNA ŠT.:
E-NASLOV:	TELEFON:

2. Podatki o vlagatelju

(izpolnite v primeru, če vlagatelj ni ista oseba kot zavarovanec)

IME IN PRIIMEK:	DATUM ROJSTVA:
NASLOV:	TELEFON:
E-NASLOV:	

3. Podatki o upravičencu

(izpolnite v primeru, če upravičenec ni ista oseba kot zavarovanec)

IME IN PRIIMEK:	DATUM ROJSTVA:
NASLOV:	DAVČNA ŠT.:
E-NASLOV:	TELEFON:

4. Podatki o zavarovalnem primeru

Osnovni podatki o zavarovalnem primeru:

datum diagnoze/poškodbe/nezgode: kraj nastanka:

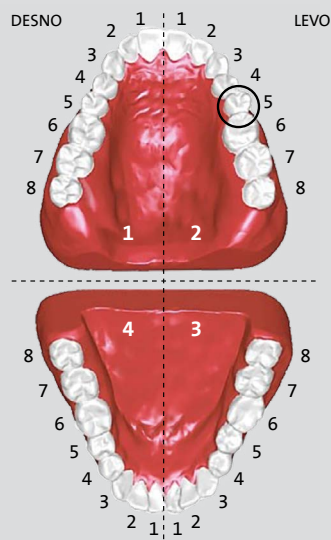
priloge:

medicinska dokumentacija (izvid, odpustno pismo, napotnica,...) račun / predračun vrednostni bon drugo

opombe:

Dodatni podatki o zavarovalnem primeru:

4.1. Izpolniti v primeru Zavarovanja Zobje / Zobje+



Označite, na katerem zobu vam je bila opravljena zobozdravstvena storitev; označeni zobje se morajo ujemati s specifikacijo opravljenih storitev na izdanem računu.

Primer:

zgornja leva petica je št. »25«:

– št. 2 je številka kvadranta,

– št. 5 je številka zaporedja zoba v tem kvadrantu.

Vir:ZZZS

4.2. Izpolniti v primeru prijave poškodbe /nezgode:

Podroben opis poškodbe / nezgode (kraj nastanka, kako je nastala)?

4.3. Izpolniti v primeru Zavarovanja za primer smrti zaradi nezgode

Ob prijavi prilagam dokumente, ki dokazujejo smrt zaradi nezgode in status upravičenca:

- uradni zapisnik o nezgodi izpisek iz matične knjige umrlih (kopija)
 drugo (sklep o dedovanju, izpisek iz matičnih evidenc o sorodstvenem razmerju,...)

Zavarovalnica lahko zahteva tudi druga dodatna dokazila, v kolikor jih potrebuje za določitev upravičenca za izplačilo nadomestila.

4.4. Izpolniti v primeru zavarovanja Diagnoza rak Kolektivno

- zavarovanec (podatki enaki kot v točki 1) otrok zavarovanca

DATUM ROJSTVA:

IME IN PRIIMEK
OTROKA:

Diagnoza: invazivni rak predinvazivni rak

DIAGNOSTICIRAN
DNE:

Prilagam:

- histopatološki izvid
 izvid zdravnika iz katerega je razvidna diagnoza predinvazivnega ali invazivnega raka, ostala medicinska dokumentacija
 v primeru raka pri otroku dokazilo o sorodstvenem razmerju

5. Podatki o nakazilu

Povračilo / izplačilo v višini:

€

TRR ZAVAROVANCA
ŠT.:

ODPRT PRI BANKI:

6. Kontakt

Želim, da me v primeru dodatnih informacij glede prijave zavarovalnega primera kontaktirate preko:

- mobilnega telefona e-pošte navadne pošte

7. Izjava

Izjavljam, da so vse navedbe popolne in resnične. Ugotovljena neresničnost mojih navedb ima lahko poleg zavrnitve izplačila zavarovalnine tudi znake kaznivega dejanja, na kar sem bil/a ob izpolnjevanju tega obrazca izrecno opozorjen/a.

Seznanjen(a) sem, da zavarovalnica za presojo upravičenosti tega zahtevka obdeluje ter preveri in pridobi vso potrebno medicinsko in ostalo dokumentacijo ter podatke pri zdravstvenih in drugih pravnih in fizičnih osebah, ki z njimi razpolagajo, in da v opisan namen sme obdelovati tudi vse moje predhodne škodne dogodke in zavarovalne primere iz drugih mojih zavarovanj, sklenjenih pri zavarovalnici.

KRAJ IN DATUM

PODPIS ZAVAROVANCA OZ.
NJEVOVEGA ZAKONITEGA ZASTOPNIKA

PODPIS VLAGATELJA ZAHTEVKA