



Zahtevek za prijavo zavarovalnega primera - Psihološka pomoč Kolektivno

1. Podatki o zavarovancu	IME IN PRIIMEK:	DATUM ROJSTVA:
	NASLOV:	DAVČNA ŠT.:
	E-NASLOV:	TELEFON:

2. Podatki o vlagatelju / upravičencu	(izpolnite v primeru, če vlagatelj ni ista oseba kot zavarovavec)	
	IME IN PRIIMEK:	DATUM ROJSTVA:
	NASLOV:	DAVČNA ŠT.:
E-NASLOV:	TELEFON:	

3. Podatki o zavarovalnem primeru	NAZIV IZVAJALCA PSIHOLOŠKE POMOČI:	DATUM PRVEGA OBISKA PRI IZVAJALCU:
	Priloge: <input type="checkbox"/> račun izvajalca s specifikacijo opravljenih storitev <input type="checkbox"/> izpolnjen in podpisan Obrazec o terminih obravnave psihološke pomoči <input type="checkbox"/> drugo opombe: _____	

4. Podatki za nakazilo	povračilo / izplačilo v višini: _____ € izplačati zavarovancu / upravičencu (obkrožiti imetnika TRR)
	TRR ŠT.: _____

5. Kontakt	Želim, da me v primeru dodatnih informacij glede prijave zavarovalnega primera kontaktirate preko:
	<input type="checkbox"/> mobilnega telefona <input type="checkbox"/> e-pošte <input type="checkbox"/> navadne pošte

6. Izjava	Izjavljam, da so vse navedbe popolne in resnične. Ugotovljena neresničnost mojih navedb ima lahko poleg zavrnitve povračila stroškov 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 razpolgajo, 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/ UPRAVIČENCA ZAHTEVKA