

**ZAHTEVEK ZA POVRAČILO STROŠKOV IZ NASLOVA
ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V TUJINI**

ZAVAROVANEC

Št. police: _____

Ime in priimek: _____

Naslov: _____

Telefonska številka: _____ E-mail: _____

VLAGATELJ ZAHTEVKA, (izpolniti le v primeru, da vlagatelj ni ista oseba kot zavarovanec)

starš zakonec skrbnik drugo: _____

Ime in priimek: _____

Naslov: _____

Telefonska številka: _____, E-mail: _____

PODATKI O ZAVAROVALNEM DOGODKU

Datum odhoda v tujino: _____ Datum nastanka dogodka: _____

Država _____ Kraj: _____

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

Asistenčni center CORIS je bil o dogodku obveščen: DA NE

Zahtevek je vložen tudi pri drugi zavarovalnici ali pri ZZSZ? DA NE

STROŠKI: (označite s križcem v okencu, vpišite znesek v valuti plačila)

zdravniški pregled _____

zdravljenje _____

kontrolni pregled _____

zobozdravstvena pomoč _____

zdravila / medicinski pripomočki _____

nujni prevozi _____

(reševalno vozilo, letalo, avtobus, trajekt, taksi, aki, ...)

drugi stroški (z obrazložitvijo) _____

zlom kosti (odškodnina): zlom prsta na roki /nogi, zlom nosu zlom katerekoli druge kosti

Skupni znesek: _____ valuta _____

ZAHTEVKU PRILOŽITE:

- Originalni račun za:
 - zdravstveno oskrbo
 - zdravila / medicinski pripomoček
 - prevoz
- Zdravniški izvid
- Izvid rentgenske preiskave (pri zlomu kosti)
- Kopijo zavarovalne police
- Dokazilo o datumu / uri odhoda v tujino
(obvezno pri celoletnem zavarovanju z omejitvijo zadrževanja v tujini neprekinjeno 90 dni)

OSEBNI RAČUN ZA NAKAZILO STROŠKOV:

SI56 _____

Ime in priimek lastnika računa: _____

(Povračilo stroškov v EUR se izvede po referenčnem tečaju Evropske centralne banke (ECB) na dan izplačila)

IZJAVA: Pod civilno in kazensko odgovornostjo s podpisom jamčim za točnost podatkov v tem zahtevku in za avtentičnost predloženih dokumentov. Dovoljujem, da lahko zavarovalnica in njen zastopnik Assistance CORIS d.o.o. za potrebe reševanja tega zahtevka zbirata podatke o nastanku in posledicah prijavljenega škodnega dogodka ter o udeleženi osebah. V ta namen lahko pridobita in vpogledata vse listine iz zbirk podatkov. Izrecno pooblašam zavarovalnico in njenega zastopnika Assistance CORIS, da lahko v mojem imenu od vseh zdravstvenih in drugih ustanov ter organov pridobita vso zdravstveno in drugo dokumentacijo, ki je potrebna za ugotovitev temelja in višine obveznosti zavarovalnice.

V _____, dne _____

Podpis zavarovanca oz. vlagatelja zahtevka:

Izpolnjen in podpisan zahtevak z originalno dokumentacijo pošljite na naslov:

Assistance CORIS d.o.o.
Ulica bratov Babnik 10
1000 Ljubljana

V primeru dodatnih vprašanj smo Vam 24/7 na razpolago na telefonski številki 01/ 51 33 500.