Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z., Vošnjakova ulica 2, 1000 Ljubljana
Telefon: 080 20 60, ID za DDV Vzajemne: SI87984385
Družba je vpisana pri Okrožnem sodišču v Ljubljani, št. reg. vložka 1/32396/00.

&EDMS_SIFRA&

VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica

Zahtevek za izplačilo zavarovalnine iz zavarovanj Dopolnilno zdravstveno zavarovanje, Vzajemna VOZ in Vzajemna Nadstandard

Zahtevek izpolnite V CELOTI in čitljivo z velikimi tiskanimi črkami.

1 PODATKI O ZAVAROVANCU

Ime in priimek: _____ Datum rojstva: _____

Naslov: _____ ZZZS številka: _____

Elektronski naslov: _____ Kontaktni telefon: _____

2 PODATKI O PRIJAVITELJU *(izpolnite v primeru, če prijavitelj ni ista oseba kot zavarovanec)*

Ime in priimek: _____ Datum rojstva: _____

Naslov: _____ ZZZS številka: _____

Elektronski naslov: _____ Kontaktni telefon: _____

3 NAKAZILO ZAVAROVALNINE

☐ v dobroimetje za prihodnje premije *(samo v primeru plačila premije preko položnice)*

☐ izvajalcu, ki je opravil storitve

☐ na transakcijski račun

ime in priimek lastnika računa*: _____

odprt pri banki *(naziv in naslov banke):* _____

številka računa: _____

BIC/SWIFT *(obvezno pri nakazilu v tujino):* _____

**če je lastnik računa druga oseba obvezno izpolnite Izjavo o odstopu zavarovalnine*

IZJAVA O ODSTOPU ZAVAROVALNINE

Podpisani/a: _____

odstopam zavarovalnino, do katere sem upravičen/a v skladu s sklenjeno zavarovalno pogodbo, v korist:

ime in priimek: _____ datum rojstva: _____

naslov: _____ EMŠO: _____

in izjavljam, da zavarovalnine kasneje ne bom terjal od Vzajemne zdravstvene zavarovalnice, d.v.z.

_____ _____

Kraj in datum — Podpis zavarovanca oz. njegovega zakonitega zastopnika

4 UVELJAVLJANJE ZAVAROVALNINE

Številka police: _____

Uveljavljam povračilo stroškov v skupnem znesku _____ EUR, ki sem jih plačal/a po priloženih računih.

Znesek zdravstvenih storitev sem poravnal/a iz naslednjih razlogov:

☐ neplačane premije (dolg)

☐ nakup medicinskega pripomočka (očala, slušni aparat ...)

☐ zdravljenje ali nakup zdravil v tujini

☐ plačilo nadstandardnih storitev

☐ ostalo: _____

Odgovorite le, če zahtevek vlagate za zavarovanji VzajemnaNadstandard in VzajemnaVOZ

Ali ste se za posledicami iste bolezni oz. poškodbe zdravili že pred sklenitvijo zavarovanja? □ DA □ NE
Če DA, navedite kje in kdaj: _____

6 IZJAVA

Zavarovanec oz. zakoniti zastopnik zavarovanca izjavljam, da sem prijavil vse okoliščine v zvezi z zavarovalnim primerom, da sem predložil vse račune in vso dokumentacijo v zvezi z zavarovalnim primerom in da so vsi navedeni podatki in dokumentacija resnični in popolni. Pooblaščam zavarovalnico, da ima pravico vpogleda v mojo medicinsko dokumentacijo, da lahko preveri upravičenost tega zahtevka. Če zavarovalnica ugotovi neresničnost v podatkih ali nepopolnost podatkov in dokumentacije v zvezi z zavarovalnim primerom, ima pravico ta zahtevek odkloniti.

Zavarovanec oz. zakoniti zastopnik zavarovanca pooblaščam zavarovalnico, da do višine izplačane zavarovalnine in iz naslova tega zahtevka v mojem imenu in za svoj račun uveljavlja regresni zahtevek proti tretji osebi, ki je odgovorna za nastanek zavarovalnega primera ali je zavezana za povračilo stroškov storitev, ki so bile opravljene zaradi nastopa zavarovalnega primera.

Zavarovanec oz. zakoniti zastopnik zavarovanca pooblaščam zavarovalnico, da do višine izplačane zavarovalnine iz naslova tega zahtevka v mojem imenu in za svoj račun uveljavlja povračilo stroškov zdravstvenih storitev, katerih povračilo lahko po veljavnih predpisih Republike Slovenije uveljavljam iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Kraj in datum	Podpis zavarovanca oz. njegovega zakonitega zastopnika
	Podpis vlagatelja zahtevka

POMEMBNO – preden oddate zahtevek, prosimo preverite:

- ***za zahtevek vložen za DOPOLNILNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE (Vzajemna Zdravje):***

□ zahtevek je v celoti izpolnjen

□ če ste zdravstvene storitve plačali v celoti, ste del povračila, ki se krije iz obveznega zavarovanja že uveljavljali pri Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) in ste priložili žigosane fotokopije celotne dokumentacije ZZZS

□ če ste plačali samo delež, ki se krije iz dopolnilnega zavarovanja, ste priložili vse izvirnike računov in ostalo zdravstveno dokumentacijo o zavarovalnem primeru (*recepti, naročilnica za medicinski pripomoček, ipd.)*

□ če so se v času trajanja zavarovanja spremenili vaši osebni podatki, ste nam to sporočili na zahtevku

- ***za zahtevek vložen za NADSTANDARDNO (Vzajemna Nadstandard) in NADOMESTNO zavarovanje (Vzajemna VOZ):***

□ zahtevek je v celoti izpolnjen

□ k zahtevku ste priložili vse izvirnike računov in ostalo zdravstveno dokumentacijo o zavarovalnem primeru (*recepti, naročilnica za medicinski pripomoček, zobni status, potrdilo o bivanju v bolnišnici, izvidi zdravljenja, ipd.)*

□ če so se v času trajanja zavarovanja spremenili vaši osebni podatki, ste nam to sporočili na zahtevku

□ če je škodo utrpela mladoletna oseba, je zahtevek izpolnil zavarovančev zakoniti zastopnik

Priporočamo vam, da obdržite kopije celotne dokumentacije, ki ste nam jo posredovali. Vzajemna, d.v.z. ne more odgovarjati za dokumentacijo, ki ne bi prispela k nam iz razlogov, na katere nimamo vpliva.

Zahtevek pošljite na naslov:

Vzajemna, d.v.z.
Oddelek za zavarovalne primere zavarovancev
Vošnjakova ulica 2
1000 Ljubljana

Za vsa morebitna vprašanja lahko kadarkoli brezplačno pokličete naš Kontaktni center na št.: **080 20 60**
ali nam pišete na elektronski naslov: **vzajemna-skode@vzajemna.si**

Izpolni Vzajemna, d.v.z.

Številka prijave:	_____	***Sprejeto dne:***	_____
Številka police:	_____	***Zavarovanje:***	_____
Obrazec sprejel:	_____	***Opombe:***	_____
Podpis	_____		_____