

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

**Zavarovanec** (oseba, katere premoženjski interes je zavarovan in je navedena na polici oz. v prilogi k polici ter ima urejeno stalno ali začasno bivališče v RS)

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Datum rojstva: \_\_\_\_\_

Naslov: \_\_\_\_\_

Telefonska številka: \_\_\_\_\_

Elektronski naslov: \_\_\_\_\_

**Zakoniti zastopnik zavarovanca oz. prijavitelj** (izpolnite v primeru, da ima zavarovanec zakonitega zastopnika oziroma v primeru, da 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: \_\_\_\_\_

Asistenčni center zavarovalnice je bil o dogodku obveščen:  DA  NE

Država nastanka zavarovalnega primera: \_\_\_\_\_

Ali imate v državi nastanka zavarovalnega primera urejeno stalno ali začasno bivališče?

DA, \_\_\_\_\_ (navedite vrsto bivališča)

NE

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 nastale stroške, **ki ste jih poravnali sami** ter za katere tudi zahtevate povračilo stroškov in za katera imate priložena ustrezna **originalna dokazila**. Prosimo, da si kopije vseh dokazil shranite. Pri posamezni kategoriji stroška navedite skupen strošek **v valuti države, kjer je nastal**.

- |   |                       |               |
|---|-----------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Zdravniški pregled                                 | Skupni strošek: _____ | Valuta: _____ |
| <input type="checkbox"/> Zdravila   | Skupni strošek: _____ | Valuta: _____ |
| <input type="checkbox"/> Zdravljenje  | Skupni strošek: _____ | Valuta: _____ |
| <input type="checkbox"/> Kontrolni pregled                                  | Skupni strošek: _____ | Valuta: _____ |
| <input type="checkbox"/> Zdravljenje akutnega poslabšanja kroničnih bolezni | Skupni strošek: _____ | Valuta: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nujni prevoz                                       | Skupni strošek: _____ | Valuta: _____ |
| <input type="checkbox"/> Stroški taksi prevoza*                             | Skupni strošek: _____ | Valuta: _____ |
| <input type="checkbox"/> Drugi stroški (z obrazložitvijo)                   | Skupni strošek: _____ | Valuta: _____ |

\*Kritje stroškov nenujnega prevoza zavarovanca do najbližje bolnišnice ali klinike in nazaj do mesta nahajanja v tujini (stroški taksi prevoza, mestnega in primestnega prevoza ter pomorskega prevoza).

**Skupni znesek vseh stroškov:** \_\_\_\_\_ Valuta: \_\_\_\_\_

Povračilo stroškov v valuti EUR se izvede ob upoštevanju srednjega tečaja Banke Slovenije na dan izplačila, na osebni račun **zavarovanca**.

Račun: SI 56 \_\_\_\_\_ odprt pri banki: \_\_\_\_\_

Ime in priimek lastnika računa: \_\_\_\_\_

K zahtevku so priloženi (ustrezno prekrižajte):

- Originalni računi za zdravniški pregled
- Originalni račun za zdravila
- Originalni račun za nujni prevoz
- Originalni račun za taksi prevoz oziroma javni mestni, primestni ali pomorski prevoz (taksi račun, vozovnica javnega potniškega prometa ipd.)
- Originalni zdravniški izvid ali diagnoza
- Originalni izvod ali kopija police
- drugo: \_\_\_\_\_

## Druga sklenjena zavarovanja

Če je zavarovanec zavarovan pri drugih zavarovalnicah, ki krijejo enako izgubo, škodo, strošek ali obveznost kot zavarovanje sklenjeno pri zavarovalnici Vita, življenjska zavarovalnica, d.d., je zavarovanec dolžan sporočiti podatke o vseh takih sklenjenih zavarovanjih.

Naziv zavarovalnice: \_\_\_\_\_

Naslov: \_\_\_\_\_

Sklenjena zavarovanja in zavarovalne vsote: \_\_\_\_\_

## 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:  
claims@tbs-team24.com

## Izpolni prejemnik zahtevka:

Obrazec prejel (ime in priimek): \_\_\_\_\_

Prejeto dne: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_