



Prijava škode iz zdravstvenega zavarovanja v tujini z asistenco – Tujina AS

I. Podatki o zavarovalcu

Zavarovalec (ime in priimek, naslov oz. naziv, sedež)	Telefon/GSM

II. Podatki o zavarovancu

Zavarovanec (ime in priimek, naslov oz. naziv, sedež)			Telefon/GSM
EMŠO oz. matična številka (pravne osebe)	Davčna številka	E-naslov	Datum odhoda
1. Namen bivanja v tujini:	zasebno potovanje <input type="checkbox"/> ; službena pot <input type="checkbox"/> ; študij <input type="checkbox"/> ; stalno bivanje <input type="checkbox"/> ; delo v tujini <input type="checkbox"/> ; športna tekmovanja/ treningi <input type="checkbox"/> ; drugo <input type="checkbox"/> :		

III. Podatki o škodnem dogodku / nezgodi / zdravstvenih težavah

2. Datum (in ura) škodnega dogodka:			
4. Kraj in država škodnega dogodka:			
5. Vzrok škode:	bolezen <input type="checkbox"/> ; poškodba <input type="checkbox"/> ; zobozdravstvena storitev <input type="checkbox"/> ; drugo <input type="checkbox"/>		
5. Podroben opis okoliščin dogodka / zdravstvenih težav			
6. Diagnoza:			
7. Asistenčni center je bil obveščen o škodnem dogodku - Datum / ura:			
8. Stroški			
Šifra	Vrsta stroška	Znesek stroška in valuta	Opomba
MO	Medicinska oskrba, obisk zdravnika		
Z	Zdravila in zdravniški pripomočki		
ZS	Nujne zobozdravstvene storitve		
H	Hospitalizacija		
PB	Prevoz do bolnišnice		
PD	Prevoz domov		
PO	Prevoz		
V	Nujna vrnitev v domovino		
S	Spremljanje obolelega/poškodovanega zavarovanca		
SM	Spremljanje obolele/poškodovane mladoletne osebe		
T	Telefonski stroški		

BS	Bančni stroški		
PL	Stroški zaradi preklica leta		
IP	Stroški zaradi izgube prtljage		
ZP	Stroški zaradi zamude prtljage / leta		
OS	Ostali stroški		
D	Drugo:.....		
Skupaj:			

IV. Izplačilo zavarovalnine želim:

Meni osebno <input type="checkbox"/> ; upravičencu <input type="checkbox"/>	Na TRR:	Imetnik TRR:
---	---------	--------------

V. Upravičenec (če ni ista oseba kot zavarovanec):

Upravičenec (ime in priimek, naslov oz. naziv, sedež)		Telefon/GSM
EMŠO oz. matična številka (pravne osebe)	Davčna številka	E-naslov
TRR	odprt pri banki (naziv in enota)	lastnik računa (ime in priimek, naslov)

VI. Priloge in opombe

Priloge:	Kopija zavarovalne police <input type="checkbox"/> ; Kopija osebnega dokumenta zavarovane osebe, če ni zavarovanec <input type="checkbox"/> ; Zdravniški izvidi z diagnozo <input type="checkbox"/> ; Dokazilo o začetku potovanja za celoletna zavarovanja <input type="checkbox"/> ; Originalni račun za: zdravniški pregled <input type="checkbox"/> ; zdravila <input type="checkbox"/> ; nujni prevoz <input type="checkbox"/> ; ostalo <input type="checkbox"/> ; Specificiran račun za telefon <input type="checkbox"/> ; Drugo <input type="checkbox"/> :
Opombe:	

Izjava: Za dane podatke in navedbe materialno in kazensko odgovarjam. Zavarovalnici dovoljujem, da lahko za potrebe reševanja prijavljenega zavarovalnega primera, zbira podatke o dogodku, udeleženi osebah in zavarovanih predmetih ter vpogleda in pridobiva listine iz zbirk podatkov. Dovoljujem in pooblašam zavarovalnico Adriatic Slovenica d.d., da lahko od vseh zdravstvenih in drugih ustanov ter organov v mojem imenu zahteva in zbira vso zdravstveno in drugo dokumentacijo, ki je potrebna za ugotovitev temelja in višine obveznosti zavarovalnice. Seznanjen sem z informacijo o obdelavi osebnih podatkov, ki je dostopna tudi na www.as.si/vop. Priloženi računi in potrdila so originali.

V, dne

.....
Podpis zavarovanca ali upravičenca in žig pravnih oseb

Izpolnjen obrazec skupaj z vso dokumentacijo v izvorniku pošljete na naslov:

Prijava Asistence
Adriatic Slovenica d.d., Ljubljanska cesta 3a
6503 Koper

V primeru dodatnih vprašanj nas lahko pokličete na telefonsko številko 080 88 48 ali pišete na prijava.asistence@as.si

Datum in podpis pooblaščenca zavarovalnice, ki je sprejel prijavo:	
--	--

VII. Podatki o obračunu zavarovalnine (izpolni asistenčni center)

9. Veza / znak:	
10. Številka regresa:	
10. Opombe in pripombe:	