

Prijava zavarovalnega primera

iz zdravstvenega zavarovanja za težke bolezni, kirurške posege ali posmrtnino

1. PODATKI O ZAVAROVALCU

Ime in priimek / Naziv:	Tel. št.:
Ulica in hišna številka / Sedež:	Št. pošte in kraj:

2. PODATKI O ZAVAROVANI OSEBI

Ime in priimek:	EMŠO:	Davčna številka:
Ulica in hišna številka:	Št. pošte:	Kraj:
Tel. št.:	Elektronski naslov:	
Podatki o transakcijskem računu		
Naziv banke:	Transakcijski račun: SI56 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

3. PODATKI O UPRAVIČENCU

(če ni ista oseba kot zavarovana oseba)

Ime in priimek:	EMŠO:	Davčna številka:
Ulica in hišna številka:	Št. pošte:	Kraj:
Tel. št.:	Elektronski naslov:	
Podatki o transakcijskem računu		
Naziv banke:	Transakcijski račun: SI56 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

4. PODATKI O DOGODKU

prijavitelj uveljavlja zavarovalnino iz naslova

Zavarovanje težkih oblik bolezni	Opomba: Izpolnite v primeru uveljavljanja zavarovalnine iz naslova zavarovanja težkih oblik bolezni:	
Bolezen (ustrezno označite):	<input type="checkbox"/> rak <input type="checkbox"/> srčni infarkt <input type="checkbox"/> možganska kap <input type="checkbox"/> bakterijski meningitis <input type="checkbox"/> encefalitis <input type="checkbox"/> benigni tumor na možganih <input type="checkbox"/> paraliza <input type="checkbox"/> drugo:	<input type="checkbox"/> embolija pljuč <input type="checkbox"/> odpoved ledvic <input type="checkbox"/> kronično obolenje jeter <input type="checkbox"/> kronično obolenje pljuč <input type="checkbox"/> slepota <input type="checkbox"/> presaditev določenih notranjih organov <input type="checkbox"/> popolna in trajna odvisnost od tuje pomoči
Diagnoza (šifra in naziv):		
Datum postavitve prve diagnoze:		
Ali je bila zavarovalnina za isto oz. katero drugo obliko navedenih bolezni že kdaj izplačana?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA in sicer	

Zavarovanja kirurških posegov	Opomba: Izpolnite v primeru uveljavljanja zavarovalnine iz naslova zavarovanja kirurških posegov.
Kirurški poseg (ustrezno označite):	<input type="checkbox"/> poseg na nevrološkem sistemu <input type="checkbox"/> poseg mišičnoskeletnega sistema <input type="checkbox"/> poseg na endokrinološkem sistemu <input type="checkbox"/> poseg na urinarnem sistemu <input type="checkbox"/> poseg na očeh <input type="checkbox"/> poseg na prebavnem sistemu <input type="checkbox"/> poseg na ušesih <input type="checkbox"/> poseg v zvezi z vranico <input type="checkbox"/> poseg na nosu, ustih in žrelu <input type="checkbox"/> poseg na dojkah <input type="checkbox"/> poseg na respiratornem sistemu <input type="checkbox"/> ginekološki poseg <input type="checkbox"/> poseg na kardiovaskularnem sistemu <input type="checkbox"/> poseg na moških spolnih organih <input type="checkbox"/> poseg v dermatologiji in plastični kirurgiji <input type="checkbox"/> drugo:.....
Kirurški poseg (šifra in naziv):	
Datum, ko je bil kirurški poseg indiciran:	
Datum, ko je bil kirurški poseg opravljen:	
Vrsta anestezije:	<input type="checkbox"/> splošna <input type="checkbox"/> lokalna
Ali je bila potrebna hospitalizacija?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
Ali je bila zavarovalnina iz naslova kirurških posegov že kdaj izplačana?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA in sicer
Zavarovanje posmrtnine	Opomba: Izpolnite v primeru uveljavljanja zavarovalnine iz naslova zavarovanja posmrtnine.
Datum, ura in kraj smrti:	
Vzrok smrti:	<input type="checkbox"/> bolezen <input type="checkbox"/> nezgoda

5. PRILOGE IN OPOMBE

Priloge:	<input type="checkbox"/> vsa zdravniška dokumentacija, ki se nanaša na diagnosticiranje in zdravljenje bolezni:
	<input type="checkbox"/> izpisek iz matične knjige umrlih <input type="checkbox"/> dokazilo o vzroku smrti <input type="checkbox"/> sklep o dedovanju (če so kot upravičenci določeni zakoniti dediči) <input type="checkbox"/> drugo:
Opombe:	

6. IZJAVA

Izjavljam, da so vse moje zgornje navedbe resnične. Ugotovljena neresničnost mojih navedb ima lahko poleg zavrnitve izplačila zavarovalnine tudi znake kaznivega dejanja, na kar sem bil/a ob izpolnjevanju tega obrazca izrecno opozorjen/a. Pooblaščam in dovoljujem zavarovalnici Adriatic Slovenica d.d., da lahko od vseh zdravstvenih in drugih ustanov ter organov pregona 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.

Kraj in datum:	Kraj in datum:
Podpis zavarovane osebe ali upravičenca:	Podpis predstavnika zavarovalnice, ki je sprejel prijavo: