

Vloga za uveljavljanje zdravstvene storitve

Zdravstvena zavarovanja

1. OSEBNI PODATKI ZAVAROVANCA

Priimek in ime:	EMŠO:	Številka police (neobvezen podatek):
Ulica in hišna številka:	Št. pošte in kraj:	
E-naslov:	Tel. št.:	ZZZS št.: <small>(9-mestna št. nad imenom osebe na kartici zdravstvenega zavarovanja)</small>

2. RAZLOG ZA UVELJAVLJANJE ZDRAVSTVENIH STORITEV

Poškodba (datum poškodbe in kratek opis):

.....

.....

.....

Bolezen (kdaj so se pojavile težave, zaradi katerih potrebujete zdravstvene storitve, in kratek opis):

.....

.....

.....

3. ALI STE V ZADNJIH DVEH (2) LETIH ZARADI TE TEŽAVE ŽE OBISKALI ZDRAVNIKA?

DA, navedite zdravstveno ustanovo/zdravnika (neobvezen podatek):

NE

4. KATERO ZDRAVSTVENO STORITEV POTREBUJETE?

.....

.....

.....

5. PRILOŽENA MEDICINSKA DOKUMENTACIJA-KOPIJA (označite)

Priloge:

Napotnica (vpišite številko eNap):

Izvid (mnenje) specialista

Delovni nalog

Naročilnica za ortopedski pripomoček

Drugo (Odločba Zavoda za zdravstveno zavarovanje... itd)

S podpisom na Vlogi za avtorizacijo pooblašчам zavarovalnico Adriatic Slovenica d.d., da lahko izvide, ki so neposredno povezani s to vlogo (zavarovalnim primerom), posreduje izvajalcem z namenom zagotovitve kakovostne izvedbe zelene zdravstvene storitve.

6. POOBLASTILA IN KLAUZULE

Uveljavljanje storitev iz zavarovanja z e-napotnico

Pooblašчам zavarovalnico Adriatic Slovenica d. d. (v nadaljevanju: zavarovalnica), da v mojem imenu vpogleda v e-napotnico in uredi postopke naročanja. Zavarovalnica bo uporabila podatke izključno za uveljavljanje enkratne pravice iz zavarovanja Specialisti in zdravila. Po izdani avtorizaciji zavarovancu in izvajalcu, pri katerem bo zavarovalnica naročila storitev iz zavarovanja Specialisti in zdravila, bo zavarovalnica v soglasju z zavarovancem preklicala naročeno storitev na podlagi e-napotnice v javnem zdravstvenem sistemu, če bo to potrebno.

Izjava o koriščenju zdravstvenih storitev iz zavarovanja zaradi novo nastale bolezni ali poškodbe

Izjavljam, da se v zadnjih dveh (2) letih pred sklenitvijo zavarovanja nisem zdravil ali iskal zdravniške pomoči za navedeno zdravstveno težavo.

Če bo zavarovalnica ugotovila, da je bila zdravstvena storitev izvedena za zdravstveno stanje, nastalo pred sklenitvijo zavarovanja, bom na zahtevo zavarovalnice povrnil nastale stroške.

Izjava o resničnosti podatkov

Izjavljam, da so vse moje navedbe resnične in jamčim za njihovo točnost (tudi če niso napisane lastnoročno).

Izjava o zaupnosti podatkov

Zavarovalnica zdravstveno dokumentacijo zbira in obdeluje skladno z Zakonom o zavarovalništvu (ZZavar-1) ter Zakonom o varstvu osebnih podatkov (ZVOP-1) izključno za potrebe reševanja zavarovalnega primera. Vse osebne podatke in še posebej zdravstvene podatke kot občutljive osebne podatke varuje kot »zaupne« in jih obdeluje izključno za namene, za katere jih je pridobila. Seznajen sem z informacijo o obdelavi osebnih podatkov, ki je dostopna tudi na www.as.si/vop.

Kraj in datum:	Podpis zavarovane osebe:
Pooblaščenec AS – prevzemnik prijave:	Podpis prevzemnika:

Izpolnjeno vlogo pošljite na elektronski naslov **zdravje@as.si**.