

Prijava škode

iz zavarovanja v tujini z asistenco – Tujina AS

PODATKI O ZAVAROVALCU

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

PODATKI O ZAVAROVANCU

Ime in priimek:	Rojstni datum:	Davčna številka:
Ulica in hišna številka:	Št. pošte:	Kraj:
Tel. št.:	Elektronski naslov:	
Bančni račun:		

PODATKI O POTOVANJU

Namen bivanja v tujini:	<input type="checkbox"/> zasebno potovanje <input type="checkbox"/> službena pot <input type="checkbox"/> študij <input type="checkbox"/> stalo bivanje <input type="checkbox"/> delo v tujini <input type="checkbox"/> športna tekmovanja/treningi <input type="checkbox"/> drugo
Datum odhoda v tujino:	Datum vrnitve:

PODATKI O ŠKODNEM DOGODKU

1. Datum in ura nastanka škodnega dogodka:	
2. Država in kraj nastanka škodnega dogodka:	
3. Vzrok nastanka škodnega dogodka:	<input type="checkbox"/> bolezen <input type="checkbox"/> poškodba <input type="checkbox"/> zobozdravstvena storitev <input type="checkbox"/> preklic leta <input type="checkbox"/> izguba prtljage <input type="checkbox"/> zamuda prtljage/leta <input type="checkbox"/> drugo
4. Točen opis dogodka (kako je do škodnega dogodka prišlo):	
5. Zdravstvene težave:	
6. Asistenčni center je bil obveščen o škodnem dogodku - Datum / ura:	

STROŠKI

Šifra	Vrsta stroška	Znesek stroška in valuta	Opomba
MO	Medicinska oskrba, obisk zdravnika		
Z	Zdravila in zdravniški pripomočki		
ZS	Nujne zobozdravstvene storitve		
PB	Prevoz do bolnišnice		
T	Telefonski stroški		
PL	Stroški zaradi preklica leta		
IP	Stroški zaradi izgube prtljage		
ZP	Stroški zaradi zamude prtljage / leta		
D	Drugo:		
Skupaj:			

PODATKI O PREJEMNIKU NAKAZILA

Ime in priimek*:	Rojstni datum*:	Davčna št.*:
Ulica in hišna številka*:	Št. pošte in kraj*:	Tel. št.*:
Bančni račun:		

*Polja izpolniti v primeru, če prejemnik nakazila ni enak zavarovancu.

PRILOGE IN OPOMBE

Priloge:

- Zdravniški izvidi z diagnozo
- Dokazilo, da je potovanje trajalo manj kot 90 dni (pri celoletnem ali permanentnem zavarovanju)
- Izvirnik računa za: zdravniški pregled zdravila nujni prevoz zdravila
- Specificiran račun za telefon s seznamom klicev
- Drugo:

Opombe:

IZJAVA

Izjava: Za dane podatke in navedbe materialno in kazensko odgovarjam. Zavarovalnici dovoljujem, da lahko za potrebe reševanja prijavljenega zavarovalnega primera, zbira podatke o dogodku, udeleženih osebah in zavarovanih predmetih ter vpogleda in pridobiva listine iz zbirk podatkov. Dovoljujem in pooblaščam 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. Priloženi računi in potrdila so originali. Seznanjen sem z informacijo o obdelavi osebnih podatkov, ki je dostopna tudi na www.as.si/vop.

Kraj in datum:

Podpis zavarovanca ali upravičenca:

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

Prijava Asistence

**Adriatic Slovenica d.d., Ljubljanska cesta 3a
6503 Koper**

POMEMBNO – preden oddate zahtevek, prosim preverite:

- Zahtevku so priloženi vsi izvirniki računov, receptov in zdravstvene dokumentacije (fotokopij in slipov kreditnih kartic ne moremo sprejeti)
- Zahtevek je v celoti izpolnjen
- Če so se v času trajanja zavarovanja spremenili vaši osebni podatki, ste nam to sporočili na zahtevku
- Za vsak škodni dogodek je izpolnjen svoj zahtevek
- Če je škodo utrpela mladoletna oseba, je zahtevek izpolnil zavarovančev zakoniti zastopnik.

Priporočamo vam, da obdržite kopije celotne dokumentacije, ki ste nam jo posredovali.