

# Povračilo stroškov iz naslova zdravstvenih zavarovanj

## 1. OSEBNI PODATKI ZAVAROVANCA

Ime in priimek:		Datum rojstva:	
Ulica in hišna številka:		Št. pošte in kraj:	
E-naslov:	Tel. št.:	ZZZS št.:	
Naziv banke:		Transakcijski račun: SI56	

## 2. PODATKI O PREJEMNIKU ZAVAROVALNINE (če ni ista oseba kot zavarovanec)

Ime in priimek:		Datum rojstva:	
Ulica in hišna številka:		Št. pošte in kraj:	
E-naslov:	Tel. št.:		
Naziv banke:		Transakcijski račun: SI56	

## 3. POVRAČILO STROŠKOV OPRAVLJENIH ZDRAVSTVENIH STORITEV (označite zavarovanje)

- Dopolnilno zdravstveno zavarovanje  
 Nadstandardno zdravstveno zavarovanje (specialisti, zdravila, zdraviliško zdravljenje, ...)

## 4. AVTORIZACIJA

Ali ste pridobili predhodno odobritev (avtorizacijo)?

DA Navedite številko: 0 2 0 4

### Razlog za povračilo stroškov:

- NE  Bolezen (opišite zdravstveno težavo, kdaj se je ta pojavila in katero zdravstveno storitev ste opravili)  
 Poškodba (opišite poškodbo, kdaj se je zgodila in katero zdravstveno storitev ste opravili)  
 Drugo (zdravila, medicinski pripomočki)

## 5. PRILOGE IN OPOMBE

Označite dokumente, ki jih prilagate:

- Račun številka: .....  
 Potrdilo o eNapotnici ali vpišite številko .....  
 Izvid/i  
 Delovni nalog (npr. za fizioterapijo, rentgen, ...)  
 Odločba Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije  
 Zdravniško mnenje za ortopedski pripomoček ali naročilnica  
 Fizioterapevtsko poročilo  
 Odpustno pismo  
 Recept  
 Drugo .....

Opombe:

## 6. IZJAVA

Pooblašчам in dovoljujem zavarovalnici Adriatic Slovenica d.d., da lahko od vseh zdravstvenih in drugih ustanov v mojem imenu pridobi in obdeluje vso zdravstveno in drugo dokumentacijo, ki je potrebna za ugotovitev temelja in višine obveznosti zavarovalnice ter vpogleda v podatke iz eNapotnice za reševanje zavarovalnih primerov. Izjavljam, da sem naročeno storitev na podlagi eNapotnice v javnem zdravstvenem sistemu preklical. Če bo zavarovalnica ugotovila, da je bila zdravstvena storitev izvedena tudi v javnem zdravstvenem sistemu, bom povrnil strošek opravljene zdravstvene storitve po tem zavarovanju. Izjavljam, da so vse moje zgornje navedbe resnične. Seznanjen sem z informacijo o obdelavi osebnih podatkov, ki je dostopna na [www.as.si/vop](http://www.as.si/vop).

Izpolnjen obrazec skupaj s celotno dokumentacijo pošljite na elektronski naslov [osebne.skode@as.si](mailto:osebne.skode@as.si).

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