

ZAHTEVEK ZA IZPLAČILO NADOMESTILA IZ ZAVAROVANJA NADOMESTIL (ZZ75)

1) PODATKI O ZAVAROVALCU:

PRIIMEK IN IME: _____ DATUM ROJSTVA: _____

NASLOV: _____

TELEFON: _____ E-MAIL: _____ DAVČNA ŠT.: _____

2) PODATKI O ZAVAROVANCU:

(polje označite z v primeru, če je zavarovanec hkrati tudi zavarovalec):

ZAVAROVALEC

(izpolnite v primeru, če zavarovanec ni hkrati tudi zavarovalec):

PRIIMEK IN IME: _____ DATUM ROJSTVA: _____

NASLOV: _____

TELEFON: _____ E-MAIL: _____ DAVČNA ŠT.: _____

3) UVELJAVLJAM NADOMESTILO ZA ZAVAROVANCA:

BOLNIŠNIČNO BIVANJE

ENKRATNO NADOMESTILO ZA NEPREKINJENO BOLNIŠNIČNO BIVANJE (več kot 10 dni)

ZDRAVILIŠKO BIVANJE

3.1) UVELJAVLJAM NADOMESTILO ZA:

BOLNIŠNIČNO BIVANJE OTROKA ZAVAROVANCA

AMBULANTNA REHABILITACIJA

3.2) UVELJAVLJAM ZVIŠANJE NADOMESTILA ZARADI:

SOČASNO BOLNIŠNIČNO BIVANJE ZAKONSKEGA OZIROMA ZUNAJZAKONSKEGA PARTNERJA (DODATNIH 50%)

SPREMSTVO ZAVAROVANCA PRI ZDRAVILIŠKEM BIVANJU (DODATNIH 50%)

4) PODATKI O DRUŽINSKEM ČLANU:

(izpolnite v primeru, če uveljavljate pravico do nadomestila iz zgornje točke 3. 2):

PRIIMEK IN IME: _____ DATUM ROJSTVA: _____

RAZMERJE DO ZAVAROVANCA: OTROK ZAKONSKI PARTNER ZUNAJZAKONSKI PARTNER

(polje »NASLOV« izpolnite v primeru, če je naslov družinskega člana drugačen od zavarovančevega naslova):

NASLOV: _____

Oba starša otroka zavarovanca imata sklenjeno zavarovanje nadomestil (ZZ75): NE DA

5) PODATKI O BIVANJU / AMBULANTNI REHABILITACIJI:

BOLNIŠNIČNO BIVANJE:

zdravnik: _____ ustanova: _____

trajanje: od _____ do _____

ZDRAVILIŠKO BIVANJE:

zdravnik: _____ ustanova: _____

trajanje: od _____ do _____

AMBULANTNA REHABILITACIJA:

zdravnik: _____ ustanova: _____

trajanje: od _____ do _____

število dni: _____

6) PODATKI O ZDRAVSTVENEM STANJU IN ZGODOVINI:

Nadomestilo uveljavljam zaradi:

NE DA bolezni NE DA poškodbeNE DA diagnosticiranja NE DA zdravljenja NE DA poroda

Ali ste se že zdravili oziroma bili hospitalizirani zaradi bolezni ali poškodbe, po kateri uveljavljate nadomestilo?

NE DA *(če je odgovor »DA«, navedite kdaj, koliko časa in v kateri zdravstveni ustanovi)*

Ali ste že bili na rehabilitaciji v zdravilišču zaradi bolezni ali poškodbe, po kateri uveljavljate nadomestilo?

NE DA *(če je odgovor »DA«, navedite kdaj, koliko časa in v katerem zdravilišču)*

Ali ste že prakticirali ambulantno rehabilitacijo (ambulantno fizioterapijo, delovno terapijo oziroma govorno terapijo) v zvezi z boleznijo ali poškodbo, po kateri uveljavljate nadomestilo?

NE DA *(če je odgovor »DA«, navedite kdaj in kdo je ambulantno rehabilitacijo predpisal ter vrsto in obseg ambulantne rehabilitacije)*NE DA Poškodba je nastala pri športnem udejstvovanju na individualnih ali organiziranih treningih in javnih športnih tekmovanjih, na katerih je zavarovanec sodeloval kot registriran član športne organizacije ali društva.**8) PODATKI O POSREDOVANIH FOTOKOPIJAH MEDICINSKE IN DRUGE DOKUMENTACIJE:**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> odpustno pismo bolnišnice | <input type="checkbox"/> odpustno pismo zdravilišča |
| <input type="checkbox"/> odločba nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja | <input type="checkbox"/> obvestilo zavarovalnice |
| <input type="checkbox"/> dokazila o izvedeni ambulantni rehabilitaciji | <input type="checkbox"/> rojstni list otroka zavarovanca |
| <input type="checkbox"/> poročni list oziroma potrdilo o skupnem gospodinjstvu | <input type="checkbox"/> drugo: _____ |
| <input type="checkbox"/> medicinska dokumentacija, povezana z bivanjem / ambulantno rehabilitacijo | |

9) PODATKI ZA IZPLAČILO NADOMESTILA:

- nadomestilo pobotati s premijo (velja samo za primere plačevanja premije preko posebne položnice ali direktne obremenitve; pri čemer se najprej pobota premija dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in nato zavarovanja nadomestil)

Izplačilo nadomestila izvršiti na TRR št.: _____ odprtega pri banki: _____

Podatki o imetniku računa:

Ime in Priimek imetnika računa: _____

Naslov imetnika računa: _____

Podpis imetnika računa, če ni zavarovanec _____

10) IZJAVA IN POOBLASTILO:

Izjavljam, da sem na vsa vprašanja odgovoril(a) po resnici, točno in popolno. Pooblaščam TRIGLAV, Zdravstveno zavarovalnico, d.d., da za preverjanje vseh okoliščin, ki so pomembne za odločanje o upravičenosti do izplačila nadomestil iz naslova tega zahtevka, pridobi vse potrebne podatke in pojasnila od pravnih in fizičnih oseb, ki z njimi razpolagajo, ter tem osebam dovoljujem, da podatke in pojasnila posredujejo zavarovalnici. V ta namen izvajalce zdravstvenih storitev odvezujem od profesionalne obveze molčečnosti. Če predložena dokumentacija ne bo zadoščala za odločanje zavarovalnice o upravičenosti do nadomestila, bom na zahtevo zavarovalnice na lastne stroške predložil(a) tudi drugo dokumentacijo.

V, dne

.....

(podpis zavarovanca)

.....

(podpis zavarovalca)

.....

*(šifra in podpis predstavnika zavarovalnice)*Za dodatne informacije smo vam na voljo in dosegljivi v Zdravstveni točki na telefonski številki **080 66 22 11**.