CORIS
24h brez skrbi

ZAHTEVEK ZA POVRAČILO STROŠKOV IZ NASLOVA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V TUJINI

ZAVAROVANEC **Št. police:** _____

Ime in priimek: _____

Naslov: _____

Telefonska številka: _____ E-mail: _____

VLAGATELJ ZAHTEVKA, (izpolniti le v primeru, da vlagatelj ni ista oseba kot zavarovanec)
☐ starš ☐ zakonec ☐ skrbnik ☐ drugo: _____

Ime in priimek: _____

Naslov: _____

Telefonska številka: _____, E-mail: _____

PODATKI O ZAVAROVALNEM DOGODKU

Datum odhoda v tujino: _____ Datum nastanka dogodka: _____

Država _____ Kraj: _____

Podroben opis zdravstvenih težav z navedbo okoliščin nesreče v primeru poškodbe:

_____

_____

_____

Asistenčni center CORIS je bil o dogodku obveščen: ☐ DA ☐ NE

Zahtevek je vložen tudi pri drugi zavarovalnici ali pri ZZZS? ☐ DA ☐ NE

STROŠKI: (označite s križcem v okencu, vpišite znesek v valuti plačila)

☐ zdravniški pregled _____

☐ zdravljenje _____

☐ kontrolni pregled _____

☐ zobozdravstvena pomoč _____

☐ zdravila / medicinski pripomočki _____

☐ nujni prevozi _____
(reševalno vozilo, letalo, avtobus, trajekt, taksi, aki, …)

☐ drugi stroški (z obrazložitvijo) _____

☐ zlom kosti (odškodnina): ☐ zlom prsta na roki /nogi, zlom nosu ☐ zlom katerekoli druge kosti

Skupni znesek: _____ valuta _____

CORIS
24h brez skrbi

ZAHTEVKU PRILOŽITE:

→ Izvirnik računa za:
- ☐ zdravstveno oskrbo
- ☐ zdravila / medicinski pripomoček
- ☐ prevoz

→ Zdravniški izvid

→ Izvid in slike rentgenske preiskave (pri zlomu kosti)

→ Kopijo zavarovalne police

→ Dokazilo o datumu / uri odhoda v tujino
(obvezno pri celoletnem zavarovanju z omejitvijo zadrževanja v tujini neprekinjeno 90 dni)

OSEBNI RAČUN ZA NAKAZILO STROŠKOV:

SI56 _____ _____ _____ _____

Ime in priimek imetnika računa: _____

Naslov imetnika računa: _____

(Povračilo stroškov v EUR se izvede po referenčnem tečaju Evropske centralne banke (ECB) na dan izplačila)

IZJAVA: Pod civilno in kazensko odgovornostjo s podpisom jamčim za točnost podatkov v tem zahtevku in za avtentičnost predloženih dokumentov. Dovoljujem, da lahko zavarovalnica in njen zastopnik Assistance CORIS d.o.o. za potrebe reševanja tega zahtevka zbirata podatke o nastanku in posledicah prijavljenega škodnega dogodka ter o udeleženih osebah. V ta namen lahko pridobita in vpogledata vse listine iz zbirk podatkov. Izrecno pooblaščam zavarovalnico in njenega zastopnika Assistance CORIS, da lahko v mojem imenu od vseh zdravstvenih in drugih ustanov ter organov pridobita vso zdravstveno in drugo dokumentacijo, ki je potrebna za ugotovitev temelja in višine obveznosti zavarovalnice.

V _____, dne _____ Podpis zavarovanca oz. vlagatelja zahtevka:

_____

Izpolnjen in podpisan zahtevek z izvirnikom dokumentacije pošljite na naslov:

Assistance CORIS d.o.o.
Ulica bratov Babnik 10
1000 Ljubljana

V primeru dodatnih vprašanj smo Vam 24/7 na razpolago na telefonski številki 01/ 51 33 500.