

Podružnica
Poslovnica

Prijava osiguranog slučaja iz zdravstvenog osiguranja za vrijeme puta i boravka u inozemstvu s asistencijom

Broj štetnog predmeta: Broj police:
(upisuje osiguratelj)

Ime i prezime ugovaratelja
datum rođenja OIB/JMBG
adresa
tel. broj
e-mail adresa

Ime i prezime osiguranika
datum rođenja OIB/JMBG
adresa
tel. broj
e-mail adresa
rodbinski odnos s ugovarateljem

Da li ste korisnik osigurnine po nekoj drugoj osigurateljnoj osnovi iz zdravstvenog osiguranja za vrijeme puta i boravka u inozemstvu (zaokružite)?

- DA
 NE

Ukoliko jeste, molimo da opišete vrstu pokrivača zdravstvenog osiguranja za vrijeme puta i boravka u inozemstvu za koju ste osigurani?

PODACI O LIJEČENJU U INOZEMSTVU:

- Vrijeme trajanja putovanja (od-do)
- Država u kojoj ste se razboljeli/ozlijedili
- Datum nastanka ozljede/bolesti
- Zbog čega ste trebali zdravstvenu pomoć?

U slučaju nezgode opišite taj događaj

5. Dijagnoza/e

6. Naziv zdravstvene ustanove

7. Ukoliko ste bili smješteni u bolnici
 navedite datum prijema
 i datum otpusta iz bolnice

8. Navedite ukupan iznos troškova zdrav.usluga

9. Ukupan iznos povećanih troškova prijevoza
(ukoliko postoje)

10. Da li postoji odštetni zahtjev protiv treće osobe DA NE (zaokružite)

11. Ukoliko je odgovor pod 10. DA
 ime i prezime prouzročitelja
 adresa prouzročitelja

Isplata osigurnine neka se izvrši (zaokružite i ispunite potrebno)

- na osobni račun Ime i prezime vlasnika računa:
naziv banke i broj računa:
OIB/JMBG:
broj osobne iskaznice:
- na račun zdravstvene ustanove koja mi je pružila zdravstvenu uslugu odnosno prijevoz

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio/la istinito i potpuno. Svojim potpisom potvrđujem pravilnost i točnost navedenih podataka, te ovlašćujem liječnike, koji me liječe ili su me liječili, da na zahtjev posreduju osiguratelju sve podatke o liječenju.

Potpisom ovog obrasca potvrđujem da sam primio detaljne informacije o obradi podataka sadržane u dokumentu pod nazivom „Informacija o obradi podataka“ te da mi je Informacija o obradi podataka također dostupna na svim prodajnim mjestima Triglav osiguranja d.d. i na web stranici: www.triglav.hr

U dana 20.....
(potpis osiguranika)

Prilozi:

- izvornik police/iskaznice zdravstvenog osiguranja za vrijeme puta i boravka u inozemstvu
- medicinska dokumentacija (ukupan broj dokumenata)
- računi (ispuniti slijedeću tablicu):

Redni broj	Broj računa	Iznos računa	Naziv ustanove/liječnika	Plaćeno (DA/NE)

ostalo

UZ POTPUNO ISPUNJENU PRIJAVU, TE DOSTAVOM SVIH POTREBNIH DOKUMENATA VAŠ ĆE ZAHTJEV BITI BRZO RIJEŠEN NA VAŠE I NAŠE ZADOVOLJSTVO.