

Zahtevek za uveljavljanje pravice do povračila stroškov za prostovoljno zdravstveno zavarovanje NLB Vita Specialist

Zavarovanec

Ime in priimek: _____

Datum rojstva: _____

Naslov: _____

Telefon: _____

Elektronski naslov: _____

Zakoniti zastopnik zavarovanca oz. prijavitelj (izpolnite samo v primeru, da ima zavarovanec zakonitega zastopnika oz. v primeru, da prijavitelj ni zavarovanec)

Ime in priimek: _____

Naslov: _____

Telefon: _____

Elektronski naslov: _____

Podatki o zavarovalnem primeru

Številka police: _____

Datum uveljavljanja pravice iz naslova zavarovanja: _____

Asistenca zavarovalnice Vita je bila o dogodku obveščena: DA NE

Uveljavljanje pravice do povračila stroškov

izdanih zdravil na beli recept (zahtevek mora zavarovanec vložiti v roku 3 mesecev od plačila zdravil na beli recept) in

opravljenih zdravstvenih storitev pri nepogodbenih izvajalcih ob predhodni odobritvi Asistenc zavarovalnice Vita na podlagi izdanega naloga (zavarovalnica vrne stroške plačanih zdravstvenih storitev največ do cene za izvajanje storitev pri nepogodbenih izvajalcih zdravstvenih storitev, objavljene na spletni strani zavarovalnice www.zav-vita.si).

Označite nastale stroške, ki ste jih poravnali sami in zanje zahtevate povračilo stroškov.

V primeru uveljavljanja pravice do povračila stroškov izdanih zdravil na beli recept je zahtevku potrebno priložiti kopijo belega recepta, kopijo izvida obravnave oziroma eNapotnice, če je beli recept izdal zdravnik splošne medicine, in original lekarniškega računa. V primeru uveljavljanja pravice do povračila stroškov opravljenih zdravstvenih storitev pri nepogodbenih izvajalcih na podlagi izdanega naloga je zahtevku potrebno priložiti zdravstveno dokumentacijo, obračun zdravstvenih storitev, originalni račun in potrdilo o plačilu.

Zdravila na beli recept: _____

Lekarna, ki je izdala račun: _____

Skupni strošek: _____ EUR

Zdravila na beli recept: _____

Lekarna, ki je izdala račun: _____

Skupni strošek: _____ EUR

Zdravila na beli recept: _____

Lekarna, ki je izdala račun: _____
Skupni strošek: _____ EUR

Zdravstvena storitev: _____
Izvajalec zdravstvene storitve: _____
Naslov izvajalca zdravstvene storitve: _____
Skupni strošek: _____ EUR

Zdravstvena storitev: _____
Izvajalec zdravstvene storitve: _____
Naslov izvajalca zdravstvene storitve: _____
Skupni strošek: _____ EUR

Zdravstvena storitev: _____
Izvajalec zdravstvene storitve: _____
Naslov izvajalca zdravstvene storitve: _____
Skupni strošek: _____ EUR

Druge obrazložitve:

Skupni znesek vseh stroškov: _____ EUR

Podatki za povračilo stroškov

Zavarovalnica v primeru upravičenosti zavarovancu povrne stroške opravljenih zdravstvenih storitev in zdravil na beli recept, znižane za morebiten znesek soudeležbe zavarovanca, v roku 14 dni, šteto od dneva, ko razpolaga z vso dokumentacijo za ugotovitev obveznosti iz zavarovalne pogodbe.

Povračilo stroškov se izvede na osebni račun **zavarovanca**:

Ime in priimek lastnika računa: _____
Račun: SI56 _____
Odprt pri banki: _____

Dokazila

K zahtevku so priloženi (ustrezno označite):

- Zdravstvena dokumentacija
- Dokazilo obračuna zdravstvenih storitev
- Originalni račun izvajalca zdravstvenih storitev
- Kopija belega recepta
- Kopija izvida specialistične obravnave za izdani beli recept
- Kopija eNapotnice, če je beli recept izdal zdravnik splošne medicine
- Originalni lekarniški račun za zdravila na beli recept
- Potrdilo o plačilu računa
- Druga dokumentacija: _____

Izjava

Zavarovanec oz. zakoniti zastopnik zavarovanca/prijavitelj izjavljam, da sem prijavil vse okoliščine v zvezi z zavarovalnim primerom ter predložil originalne račune in ostalo dokumentacijo v zvezi z zavarovalnim primerom ter da so vsi navedeni podatki in dokumentacija resnični in popolni. Če zavarovalnica ugotovi neresničnost ali nepopolnost podatkov ali dokumentacije v zvezi z zavarovalnim primerom, ima pravico, da zavrne povračilo stroškov iz tega zahtevka.

Kraj: _____ Podpis zavarovanca oz. zakonitega zastopnika zavarovanca/prijavitelja:

Datum: _____

Oddaja zahtevka

Zavarovalnica Vita asistenčne storitve zagotavlja v sodelovanju z družbo Ornatus KC, d.o.o. Prosimo, da zahtevek z originalno dokumentacijo pošljete na naslov:

ORNATUS KC, d.o.o.
Betnavska cesta 2
2000 Maribor
s pripisom: **za Asistenco zavarovalnice Vita**

Svetujemo vam, da shranite kopijo celotne dokumentacije, ki ste nam jo poslali.

Za vse dodatne informacije smo vam z veseljem na voljo tudi na telefonski številki 080 10 84 ali elektronskem naslovu specialist@asistenca-vita.si.

Izpolni prejemnik zahtevka:

Obrazec prejel (ime in priimek): _____

Prejeto dne: _____

Odobren znesek stroškov: _____

Podpis: _____
