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 Asistence 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](http://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 stroškovopravljenih 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 Zavarovalnico Sava, d.d. Prosimo, da zahtevek z originalno dokumentacijo pošljete na naslov:

**Zavarovalnica Sava, d.d.**

**Ulica Eve Lovše 7**

**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_