



Vloga za uveljavljanje pravic iz zavarovanja SPECIALISTI (avtorizacija)

1. OSEBNI PODATKI ZAVAROVANCA

Ime in priimek:	Datum rojstva:	
Ulica in hišna številka:	Št. pošte in kraj:	
E-naslov:	Tel. št.:	ZZZS št.:
<small>(9-mestna št. nad imenom osebe na kartici zdravstvenega zavarovanja)</small>		

2. UVELJAVLJANJE PRAVIC IZ ZAVAROVANJA

Katero zdravstveno storitev potrebujete (npr. ortopedski pregled, magnetna resonanca, CT, fizioterapija, operacija, drugo mnenje, psihološka pomoč, načrt zdravljenja, strokovni posvet,...)?

Razlog za uveljavljanje:

Bolezen (opišite zdravstveno težavo, za katero potrebujete navedeno storitev ter kdaj se je pojavila)

Poškodba (opišite poškodbo, zaradi katere potrebujete navedeno storitev ter kdaj se je zgodila)

Drugo (npr. smrt ožjega družinskega člana)

3. ZDRAVSTVENO STANJE

Ali ste zaradi navedenih težav že obiskali zdravnika oziroma ste se zaradi njih zdravili? Če jemljete zdravila, jih navedite.

DA NE

Če DA, navedite, kdaj ste se zdravili in pri komu (npr. ortoped, kardiolog, urgenca...)

Navedite zdravila:

4. PRILOŽENA MEDICINSKA DOKUMENTACIJA

Označite dokumente, ki jih prilagate:

- Potrdilo o eNapotnici ali številka eNapotnice Izvid/i
- Delovni nalog (npr. za fizioterapijo, rentgen,...)
- Odločba Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije
- Zdravniško mnenje za ortopedski pripomoček ali naročilnica
- Fizioterapevtsko poročilo
- Odpustno pismo
- Mrliški list
- Drugo

Priložite samo kopije dokumentov.

5. IZJAVA IN POBLASTILA ZAVAROVANCA

Pooblaščen in dovoljujem zavarovalnici Adriatic Slovenica d.d., da lahko:

- od vseh zdravstvenih in drugih ustanov v mojem imenu pridobi in obdeluje vso zdravstveno in drugo dokumentacijo, ki je potrebna za ugotovitev temelja in višine obveznosti zavarovalnice ter vpogleda v podatke iz eNapotnice za reševanje zavarovalnih primerov,

- medicinsko in drugo dokumentacijo, neposredno povezano s to vlogo (zavarovalnim primerom), posreduje izbranim izvajalcem za izvedbo zahtevane zdravstvene storitve. Po ugodno rešeni vlogi se zavežujem, da bom predhodno naročeno storitev na podlagi eNapotnice v javnem zdravstvenem sistemu preklical. Če bo zavarovalnica ugotovila, da je bila zdravstvena storitev izvedena tudi v javnem zdravstvenem sistemu, bom povrnil strošek opravljene zdravstvene storitve po tem zavarovanju.

Izjavljam, da so vse moje zgornje navedbe resnične. Ugotovljena neresničnost mojih navedb ima lahko poleg zavrnitve izplačila zavarovalnine tudi znake kaznivega dejanja, s čimer sem seznanjen.

Seznanjen sem z informacijo o obdelavi osebnih podatkov, ki je dostopna na www.as.si/vop.

Izpolnjeno vlogo skupaj z medicinsko dokumentacijo pošljite na elektronski naslov zdravje@as.si.

Kraj in datum:	Pooblaščenec AS – prevzemnik prijave:
Podpis zavarovane osebe:	Podpis prevzemnika:

Vsa izpolnjena polja omogočajo hitrejšo reševanje te vloge. Nepopolno izpolnjeno vlogo vam bomo vrnili v dopolnitev.