

Povračilo stroškov iz naslova zdravstvenih zavarovanj

1. OSEBNI PODATKI ZAVAROVANCA

Ime in priimek:		Datum rojstva:	
Ulica in hišna številka:		Št. pošte in kraj:	
E-naslov:	Tel. št.:	ZZS št.:	
		(9-mestna št. nad imenom osebe na kartici zdravstvenega zavarovanja)	
Naziv banke:	Transakcijski račun: SI56		

2. PODATKI O PREJEMNIKU ZAVAROVALNINE (če ni ista oseba kot zavarovanec)

Ime in priimek:		Datum rojstva:	
Ulica in hišna številka:		Št. pošte in kraj:	
E-naslov:	Tel. št.:		
Naziv banke:	Transakcijski račun: SI56		

3. POVRAČILO STROŠKOV OPRAVLJENIH ZDRAVSTVENIH STORITEV (označite zavarovanje)

- ☐ Dopolnilno zdravstveno zavarovanje
- ☐ Nadstandardno zdravstveno zavarovanje (specialisti, zdravila, zdraviliško zdravljenje,...)

4. AVTORIZACIJA

Ali ste pridobili predhodno odobritev (avtorizacijo)?

☐ DA Navedite številko: 0 2 0 4

☐ NE	Razlog za povračilo stroškov:
	☐ Bolezen (opišite zdravstveno težavo, kdaj se je ta pojavila in katero zdravstveno storitev ste opravili)
	☐ Poškodba (opišite poškodbo, kdaj se je zgodila in katero zdravstveno storitev ste opravili)
	☐ Drugo (zdravila, medicinski pripomočki)

5. PRILOGE IN OPOMBE

Označite dokumente, ki jih prilagate:

- ☐ Račun številka:
- ☐ Potrdilo o eNapotnici ali vpišite številko
- ☐ 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
- ☐ Recept
- ☐ Drugo

Opombe:

6. IZJAVA

Pooblašчам 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. Izjavljam, da sem 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. Seznajen sem z informacijo o obdelavi osebnih podatkov, ki je dostopna na www.as.si/vop.

Izpolnjen obrazec skupaj s celotno dokumentacijo pošljite na elektronski naslov osebne.skode@as.si.

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