

# Obrazec za prijavo škode Medicinske storitve v tujini

Številka police \_\_\_\_\_

Številka škodnega primera \_\_\_\_\_

## A. Dogodek

Začetek potovanja \_\_\_\_\_ Konec potovanja \_\_\_\_\_ Cilj potovanja \_\_\_\_\_

Namen potovanja  zasebno  poslovno – poklic? \_\_\_\_\_

Zakaj so nastali stroški?  Obisk zdravnika  Lekarna  Bivanje v bolnišnici  
 drug razlog \_\_\_\_\_

Diagnoza \_\_\_\_\_

Kdaj in kje je nastala škoda? Datum \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_ Država \_\_\_\_\_

Prosimo za podroben opis zadeve:

Če ni dovolj  
prostora,  
priložite dodaten  
list

Ali so bili odškodninski zahtevki že vloženi pri drugih zavarovalnicah (socialna, zasebna zdravstvena, nezgodna zavarovanja)?

Ne  Da – kje? Ime, naslov \_\_\_\_\_

Ali so bili ti zahtevki odobreni?

Ne  v obdelavi  Da – višina EUR \_\_\_\_\_ (prosimo, priložite dokumentacijo)

## B. Udeleženec potovanja (zadevna oseba)

Naziv, ime in priimek

Ulica, hišna številka,

Rojstni datum

Poštna št., kraj,  
država

Telefon

E-pošta



## Obrazec za prijavo škode Medicinske storitve v tujini

Evropsko zavarovalnica c/o  
Europ Assistance d.o.o.  
**skode@evropsko.si**  
Trzaska cesta 37a, SI-2000 Maribor

### Za preverjanje škode priložite naslednje dokumente:

- Zavarovalna polica / Za imetnika kreditne kartice: Dokazilo o uporabi kartice v 3 mesecih pred nastankom škode = kopija mesečnega izpiska
- Dokumentacija o potovanju (npr. potrdilo rezervacije, letalske vozovnice), ki potrjuje trajanje potovanja (odhod in vrnitev)
- Stroški zdravljenja / račun za zdravila in dopis o poravnavi socialnega zavarovanja (brez dopisa o poravnavi bo povračilo stroškov izvedeno z odbitkom lastnega deleža) / zasebno zavarovanje

**Vsak škodni primer je edinstven.**

Morda bodo za preverjanje potrebni dodatni dokumenti / izvirniki.

### Plačilo zavarovanja je treba nakazati na naslednji račun

Imetnik bančnega računa

TRR (IBAN)

NAZIV BANKE (BIC)

Zavarovalnici Evropska zavarovalnica in v njenem imenu Europ Assistance d.o.o. dovoljujem, da lahko za potrebe reševanja prijavljenega zavarovalnega primera, zbira podatke o dogodku, udeleženi osebah in zavarovanih predmetih ter vpogleda in pridobiva listine iz zbirk podatkov, prav tako dovoljujem in pooblaščam, da lahko od vseh zdravstvenih in drugih ustanov ter organov v mojem imenu zahteva in zbira vso zdravstveno in drugo dokumentacijo, ki je potrebna za ugotovitev temelja in višine obveznosti zavarovalnice. Evropska zavarovalnica in v njenem imenu Europ Assistance d.o.o. se obvezuje, da bo podatke obdelovala in varovala v skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov, Splošno uredbo o varstvu podatkov in določbami Zakona o zavarovalništvu, ki urejajo varstvo osebnih podatkov. Seznanjen sem z informacijo o obdelavi osebnih podatkov, ki je dostopna tudi na [izjava o varstvu podatkov: Evropsko.si](http://izjava.o.varstvu.podatkov:Evropsko.si)

S svojim podpisom potrjujem točnost in popolnost zgoraj navedenih podatkov.

Datum \_\_\_\_\_ Podpis \_\_\_\_\_