

Zavarovalec/prijavitelj:

Številka police zavarovanca:

Št. zav. primera:

(izpolni zavarovalnica)

ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE ZDRAVILA - PRIJAVA ZAVAROVALNEGA PRIMERA

Spodaj podpisani, na podlagi novonastale bolezni/stanje/poškodbe, vlagam zahtevo za povračilo stroškov nakupa zdravil na beli recept, izdanega s strani zdravnika specialista vključenega v mrežo izvajalcev zdravstvenih storitev zavarovalnice PRVA d.d.

1. Podatki o zavarovancu:

Ime in priimek:

Datum rojstva:

Naslov:

Poštna št. in kraj:

Telefonska številka ali GSM*:

Elektronski naslov*:

2. Povračilo stroškov nakupa zdravil uveljavljam za zdravljenje naslednje bolezni/stanja/poškodbe:

Opišite postavljeno diagnozo bolezni/stanja/poškodbe in datum postavitve diagnoze:

Kdaj ste prvič obiskali zdravnika za to zdravstveno težavo oziroma navedite datum nastanka težav oziroma simptomov, ki so pozneje vodili v zgoraj navedeno bolezen/stanje/poškodbo:

Naziv zdravstvene ustanove in izvajalca zdravstvenih storitev iz mreže zdravstvenih zavodov zavarovalnice, ki vam je izdal zdravila na beli recept in so predmet tega zahtevka:

3. Podatki o upravičencu povračila stroškov za zdravila

V kolikor je upravičenec mladoletna oseba, se povračilo stroškov nakaže njegovim staršem ali skrbniku. V tem primeru starš ali skrbnik izpolni spodnje podatke.

Ime in priimek:

Davčna številka:

Naslov:

Datum rojstva:

Št. računa:

SI56

4. Priloge

- račun nakupa zdravil
- fotokopija bančne kartice (obeh strani bančne kartice) oz. omogočiti Prvi osebni zavarovalnici, d.d., vpogled v bančno kartico na sedežu Prve osebne zavarovalnice, d.d. Zavarovalnica bo kopijo bančne kartice po vpogledu uničila.
- zdravstvena dokumentacija oz. izvid, iz katerega je razvidno da je bilo zdravilo, za katerega vlagate zahtevek, predpisano s strani izvajalca zdravstvenih storitev iz mreže zdravstvenih zavodov zavarovalnice Prva d.d.

Povračilo stroškov nakupa zdravil bo izvedeno najkasneje v roku 10 delovnih dni, po prejemu izpolnjenega obrazca z vsemi zgoraj navedenimi prilogami.

Izpolnjen obrazec lahko posredujete preko portala Moja Prva, zaščiteno na e-mail: skode@prva.si ali po pošti na naslov Prva d.d., Fajfarjeva ulica 33, 1000 Ljubljana.

5. Izjava in soglasje

Podpisani izjavljam, da so vsi podatki na tem obrazcu in odgovori na zastavljena vprašanja točni in resnični. S podpisom izjavljam, da sem seznanjen s Politiko zasebnosti Prve osebne zavarovalnice, d. d., ki je objavljena na spletni strani: www.prva.si.

Seznanjen sem, da ima zavarovalnica pravico zahtevati tudi druga dokazila, potrebna za ugotavljanje pravice do koriščenja povračila stroškov zdravil.

Obveščamo vas, da bomo vaše zdravstvene podatke obdelovali z vso skrbnostjo in skladno z zakonodajo. Zdravstvene podatke obdelujemo za namen odločanja o zavarovalnem zahtevku in za izvajanje zavarovalne pogodbe.

Predlagamo, da pred oddajo zahtevka preverite 6. člen Posebnih pogojev za zdravstveno zavarovanje Zdravila (Posebni pogoji PRVA_02PZ01_Z06/21), kjer so navedene omejitve in izključitve zavarovalnice in veljajo za predmetno zavarovanje.

Kraj in datum:

Podpis:

(zavarovanca oz. zakonitega zastopnika zavarovanca oz. prijavitelja)

* podatki označeni z * niso obvezni.