MERKUR ZAVAROVALNICA

STROGO ZAUPNO

OBRAZEC
ZA PRIJAVO AMBULANTNEGA ZDRAVLJENJA

Številka pogodbe:	Št. zavarovalnega primera:

Izpolni Merkur zavarovalnica d.d.

Podatki o upravičencu in njegovem transakcijskem računu:

Ime in priimek:	Davčna št.
Datum rojstva:	
Naslov:	
Telefon/GSM:	E-mail:
Št. transakcijskega računa*: SI56	
na navedenem računu: □ sem imetnik računa	□ sem pooblaščena oseba

*Prosimo, da priložite **dokazilo o imetništvu tega računa** (fotokopijo bančne kartice ali potrdilo banke o imetništvu transakcijskega računa). Nakazilo se lahko izvrši le na račun upravičenca, ki je imetnik računa.

Podatki o zavarovancu:

Ime in priimek:	Datum rojstva:
Številka obveznega zdravstvenega zavarovanja:	

Prijava zavarovalnega kritja za:

Za katerega od spodaj naštetih kritij uveljavljate zahtevek:

□ **Stroški zdravnikov**
□ **Stroški fizioterapije**
□ **Stroški psihoterapije**
□ **Stroški zdravil**
□ **Stroški alternativnega zdravljenja**

OBVEZNO priložite original račun za stroške, ki jih uveljavljate in kopijo zdravniškega izvida.

Druga obvestila in komentarji za Merkur zavarovalnico d.d.

Izjavljam, da so vse navedbe resnične in jamčim za njihovo točnost, tudi če niso napisane lastnoročno. Pooblaščam Merkur zavarovalnico d.d., da poizveduje in ima vpogled v vse akte, ki so povezani z zadevnim zavarovalnim primerom, da si jih prepiše ali fotokopira.

Zavarovalec, zavarovanec, posrednik oz. zastopnik s podpisom obrazca potrjujejo, da so pred podpisom obrazca v celoti in popolnoma pisno seznanili oz. bili pisno seznanjeni s podatki iz 522. in 545. člena Zakona o zavarovalništvu.

Kraj in datum: _____

Podpis zavarovalca: _____
(če je to podjetje, tudi žig podjetja)

Podpis zavarovanca: _____

Podpis zastopnika oz. posrednika in številka licence: _____