

Zahtevek za povračilo stroškov (ref. 34.\_\_\_\_.\_\_\_\_)

Podpisani (a) \_\_\_\_\_  
(ime in priimek zavarovanca/upravičenca, ki je koristil storitve/kritja iz naslova ERGO asistence)

stanujoč (a) \_\_\_\_\_, tel. št. \_\_\_\_\_

temelj zavarovanja moj TRR št. \_\_\_\_\_, z originalnimi listinami uveljavljam zahtevek za povračilo stroškov, ki so mi nastali

dne \_\_\_\_\_, zaradi \_\_\_\_\_  
(podroben opis težav in opis okoliščin nastanka zavarovalnega primera)

v kraju/državi \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, za naslednje stroške (v tuji valuti):

zdravniški pregled \_\_\_\_\_

zdravljenje \_\_\_\_\_

zdravila \_\_\_\_\_

nujni prevoz \_\_\_\_\_

drugi stroški (znesek, opis) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(pisna obrazložitev/opis/utemeljitev stroškov)

V skupnem znesku \_\_\_\_\_ v valuti \_\_\_\_\_

Povračilo stroškov v evrski protivrednosti po srednjem tečaju BS nakažite na osebni bančni račun št.:

| S | I | 5 | 6 | | | | | | | | | | | | | | | |

pri banki \_\_\_\_\_, na ime upravičenca \_\_\_\_\_

**Zahtevku prilagam (ustrezno prekrizaj):**

originalne račune za:

zdravniški pregled

zdravila

nujni prevoz

zdravniški izvid oziroma diagnozo

drugo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

V primeru, da imate že sklenjeno kakršnokoli zavarovanje vas prosimo, da navedete vrsto zavarovanja in pri kateri zavarovalnici je navedeno zavarovanje sklenjeno.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Potrjujem seznanjenost z določili ERGO Splošnih pogojev SP-ERG\_ZIK/1 in dovoljujem ERGO asistenčnemu centru pridobitev dodatnih dokazil v mojem imenu, ki so potrebna za reševanje tega zahtevka, ter za uporabo mojih osebnih podatkov na način oz. za namen, ki je opredeljen v navedenih ERGO pogojih. S podpisom potrjujem resničnost podatkov in sem hkrati seznanjen, da v primeru ugotovljenih nepravilnosti zavarovalnica lahko zahteva povračilo stroškov.**

V \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_ Podpis zavarovanca: \_\_\_\_\_