
ZAHTJEV ZA NAKNADU TROŠKOVA NA TEMELJU ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA U INOZEMSTVU

OSIGURANIK

Polica br.: _____

Ime i prezime: _____

Adresa: _____

Telefonski broj: _____ E-mail: _____

PODNOŠITELJ ZAHTJEVA (ispuniti samo ako podnositelj nije ista osoba kao osiguranik)

☐ roditelj ☐ supružnik ☐ skrbnik ☐ drugo: _____

Ime i prezime: _____

Adresa: _____

Telefonski broj: _____, E-mail: _____

PODACI O OSIGURANOM DOGAĐAJU

Datum odlaska u inozemstvo: _____ Datum nastanka događaja: _____

Država _____ Mjesto: _____

Detaljan opis zdravstvenih problema s navođenjem okolnosti nesreće u slučaju ozljede:

Je li asistentni centar CORIS bio obaviješten o događaju?: ☐ DA ☐ NE

Je li zahtjev podnesen i drugom osiguravatelju ili HZZO-u? ☐ DA ☐ NE

TROŠKOVI: (označite kvačicom i unesite iznos u valuti plaćanja)

☐ Liječnički pregled _____

☐ Liječenje _____

☐ Kontrolni pregled _____

☐ Stomatološka pomoć _____

☐ Lijekovi / medicinska pomagala _____

☐ Hitni prijevoz _____

(npr. vozilo hitne pomoći, zrakoplov, autobus, trajekt, taksi...)

☐ Drugi troškovi (s obrazloženjem) _____

☐ Lom kosti (odšteta): ☐ Lom prsta na ruci / nozi, lom nosa ☐ Lom bilo koje druge kosti

Ukupni iznos: _____ valuta: _____

UZ ZAHTJEV PRILOŽITI:

- Originalni račun za:
 - ☐ zdravstvenu skrb
 - ☐ lijekove / medicinska pomagala
 - ☐ prijevoz
- Liječnički nalaz
- Nalaz rendgenske snimke (u slučaju prijeloma kosti)
- Kopiju police osiguranja
- Dokaz o datumu / vremenu odlaska u inozemstvo
(obavezno kod cjelogodišnjeg osiguranja s ograničenjem boravka u inozemstvu do 90 dana bez prekida)

OSOBNİ RAČUN ZA ISPLATU TROŠKOVA:

HR _____

Ime i prezime vlasnika računa: _____

(Povrat troškova u EUR izračunava se prema referentnom tečaju Europske središnje banke (ECB) na dan isplate))

IZJAVA: Pod građanskom i kaznenom odgovornošću svojim potpisom jamčim za točnost podataka u ovom zahtjevu i za autentičnost priloženih dokumenata. Dajem suglasnost da osiguravatelj i njegov zastupnik CORIS d.o.o. za potrebe rješavanja ovog zahtjeva prikupljaju podatke o nastanku i posljedicama prijavljenog štetnog događaja te o uključenim osobama. U tu svrhu mogu pribaviti i uvidom provjeravati sve dokumente iz zbirke podataka. Izričito ovlašćujem osiguravatelja i njegovog zastupnika CORIS d.o.o. da mogu u moje ime od svih zdravstvenih i drugih ustanova te tijela pribaviti svu medicinsku i drugu dokumentaciju potrebnu za utvrđivanje osnove i visine obveze osiguravatelja.

U _____, dana _____

Podpis zavarovanca oz. vlagatelja zahtevka:

Ispunjen i potpisan zahtjev s originalnom dokumentacijom pošaljite na adresu:

CORIS d.o.o.
Fallerovo šetalište 22
10000 Zagreb

Za dodatna pitanja dostupni smo vam 24/7 na telefonu: +385 1 30 35 600.