



Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.  
Dunajska cesta 22  
1000 Ljubljana

**triglavzdravje**

T: 080 26 64  
E: [info@triglavzdravje.si](mailto:info@triglavzdravje.si)  
S: [www.triglavzdravje.si](http://www.triglavzdravje.si)

## ZAHITEVEK ZA PRIJAVO ZAVAROVALNEGA PRIMERA – REHABILITACIJA PO PROMETNI NESREČI

### 1. PODATKI O ZAVAROVANCU

ime in priimek: \_\_\_\_\_ datum rojstva: \_\_\_\_\_  
naslov: \_\_\_\_\_ davčna št.: \_\_\_\_\_  
e-naslov: \_\_\_\_\_ telefon: \_\_\_\_\_

### 2. PODATKI O VLAGATELJU / UPRAVIČENCU (izpolnite v primeru, če ni ista oseba kot zavarovanec)

ime in priimek: \_\_\_\_\_ datum rojstva: \_\_\_\_\_  
naslov: \_\_\_\_\_ davčna št.: \_\_\_\_\_  
e-naslov: \_\_\_\_\_ telefon: \_\_\_\_\_

### 3. Uveljavljam zavarovanje:

Zavarovanje rehabilitacije po prometni nesreči       Zavarovanje rehabilitacija - Promet

### 4. KONTAKT

Želim, da me v primeru dodatnih informacij glede prijave zavarovalnega primera kontaktirate preko:

mobilnega telefona       e-pošte       navadne pošte

### 5. IZJAVA

Izjavljam, da so vse navedbe popolne in resnične. Ugotovljena neresničnost mojih navedb ima lahko poleg zavrnitve izplačila zavarovalnine tudi znake kaznivega dejanja, na kar sem bil/a ob izpolnjevanju tega obrazca izrecno opozorjen/a.

Seznanjen(a) sem, da zavarovalnica za presojo upravičenosti tega zahtevka obdeluje ter preveri in pridobi vso potrebno medicinsko in ostalo dokumentacijo ter podatke pri zdravstvenih in drugih pravnih in fizičnih osebah, ki z njimi razpolagajo, in da v opisan namen sme obdelovati tudi vse moje predhodne škodne dogodke in zavarovalne primere iz drugih mojih zavarovanj, sklenjenih pri zavarovalnici.

\_\_\_\_\_   
kraj in datum

\_\_\_\_\_   
podpis zavarovanca oz. njegovega zakonitega zastopnika

\_\_\_\_\_   
podpis vlagatelja/ upravičenca zahtevka

Za vsa dodatna vprašanja nas lahko pokličete na brezplačno telefonsko številko 080 26 64 ali nam pišete na elektronski naslov:  
[info@triglavzdravje.si](mailto:info@triglavzdravje.si)