

PRIJAVA NEZGODE

Št. zahtevka:

I. PODATKI O ZAVAROVALCU (PODJETJE, ŠOLA, DRUŠTVO, POSAMEZNIK):

Podatki o zavarovanju iz katerega uveljavljam plačilo

Številka police:

Zavarovalec/sklenitelj zavarovanja (vpišite natanko tako kot je navedeno na polici)

Ime, priimek/naziv:

Davčna št.:

Kontaktna oseba zavarovalca

Naziv/ime:

Telefon/GSM:

Priimek:

E-pošta:

II. PODATKI O ZAVAROVALNCU

Zavarovanec je enak zavarovalcu/sklenitelju zavarovanja DA NE (če ni, izpolnite podatke o zavarovalncu)

Naziv/ime:

Telefon/GSM:

Ulica:

Priimek:

E-pošta:

Kraj:

Davčna št.:

Datum rojstva:

Poštna št.:

Poklic oz. delo, ki ga opravljate:

Kje ste zaposleni oz. član katerega društva ste:

III. IZPLAČILO ZAVAROVALNINE

Želim, da se zavarovalnina izplača na TRR št.:

Ime in priimek/naziv imetnika računa:

Davčna št. imetnika računa:

IV. PODATKI O NEZGODI

Datum:

Ura:

Ali razpolagate s fotografijami s kraja dogodka?

DA

NE

Lokacija:

Opišite dogodek ter navedite zakaj in kako je prišlo do nezgode (opis naj bo čim bolj izčrpen in jasen):

Pri katerem opraviilu je nezgoda nastala?

Ste se poškodovali kot registriran član športnega kluba? DA NE

Ste pred nezgodo pili alkoholne pijače? DA NE

Škodni dogodek je bil prijavljen policiji? DA NE Policijska postaja:

Podatki o udeležencih/pričah dogodka (priložite tudi njihove izjave o dogodku)

Naziv/ime:

Telefon/GSM:

Ulica:

Priimek:

e-pošta:

Kraj:

Poštna št.:

Naziv/ime:

Telefon/GSM:

Ulica:

Priimek:

e-pošta:

Kraj:

Poštna št.:

Podatki o udeleženihi vozilih (izpolnite v primeru, če je vzrok prometna nesreča):

Navedite registrske številke udeleženihi vozil in podatke o vozilih:

Vrsta vozila:

Registrska številka:

Voznik:

V. PODATKI O ZDRAVLJENJU

Datum iskanja prve zdravniške pomoči:

Do katerega dne je potekalo zdravljenje:

Kje ste se zdravili zaradi nezgode?

Naziv ambulante - zdravstvenega doma:

Naziv bolnišnice:

Ali predvidevate, da boste imeli trajne posledice? DA NE Kakšne?

Ali ste se na sedaj poškodovanem delu telesa predhodno že zdravili zaradi obolenja in poškodbe? DA (priložite medicinsko dokumentacijo) NE

Ali obolevate za kakšnimi kroničnimi obolenji kot so: krčne žile, sladkorna bolezen, revmatična obolenja, epilepsija, obolenja dihalnih organov, osteoporozo, bolezni srca in ožilja? Od kdaj in v kakšni obliki?

Ali imate še kakšno drugo življenjsko ali nezgodno zavarovanje? DA NE Kakšno in pri kateri zavarovalnici?

VI. PRILOGE

Prosimo, da priložite vso dokumentacijo, ki jo imate na razpolago

- dokumentacija o iskanju prve zdravniške pomoči,
- medicinska dokumentacija o poteku zdravljenja (medicinski izvidi, kartonček fizikalne terapije..),
- fotokopijo Prijave poškodbe pri delu, obrazec ER-8,
- fotokopijo bolniških listov in sklepov ZZS o podaljšanju bolniškega staleža,
- če niste v času zdravljenja posledic nezgode pridobili nobenega od zgoraj naštetih dokumentov, morate predložiti fotokopije evidence bolezni iz zdravstvene ambulante kartoteke, ki se nanaša na obravnavani nezgodni dogodek,
- alkotest (pri prometni nezgodi),
- fotokopija voziškega dovoljenja (pri prometni nezgodi),
- fotokopija bančne kartice (obe strani),
- drugo.

VII. IZJAVA

Potrjujem pravilnost in resničnost vseh podatkov. V kolikor bi se v obravnavanem zavarovalnem primeru naknadno ugotovil razlog za izgubo zavarovalnih pravic, se zavežujem vrniti vso prejeto zavarovalnino vključno z obrestmi in nastalimi stroški. Zavarovalnici dovoljujem, da moje osebne podatke pri ustreznih ustanovah preveri in pridobiva ter da jih obdeluje, shranjuje in posreduje za namen reševanja škodnega primera.

Zavarovalnici oz. zdravniku, ki ga lahko zavarovalnica določi po lastni presoji in potrebah dovoljujem, da pri ustreznih ustanovah za potrebe reševanja tega primera vpogleduje, pridobiva, preverja, pregleduje in obdeluje vso medicinsko dokumentacijo, ki se nanaša na moje sedanje in preteklo zdravljenje in je potrebno za ugotovitev obstoja in obsega obveznosti zavarovalnice.

V _____, dne _____

Podpis zavarovanca/upravičenca:

VIII. POTRDILO (če je zavarovalec pravna oseba ali civilna pravna oseba)

(ime in priimek nosilca zavarovanja)

a) zaposlen v podjetju neprekinjeno od:

b) družinski član (ime in priimek)

c) ostalo

Na dan nezgode je bil zavarovan s polico št.:

Za zavarovanca smo nakazali zadnjo premijo pred nezgodo za mesec

v znesku

EUR.

V _____, dne _____