

ZDRAVLJENJE V BOLNIŠNICI

Ime in naslov bolnišnice:	Način zdravljenja:
	<input type="checkbox"/> ambulantno od do
	<input type="checkbox"/> stacionarno od do

NESPOSOBNOST ZA DELO

Ali ste bili nezgode nesposobni za delo pri zaposlitvi?	
<input type="checkbox"/> popolnoma Kako dolgo?	<input type="checkbox"/> deloma Kako dolgo?

NEZGODA Z MOTORNIM VOZILOM

Ime in priimek voznika:	Številka vozniškega dovoljenja:	Izdano dne:	Kategorija:
Ali je policija sestavila zapisnik o dejanskem stanju? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Naslov policijske postaje:		
Ali ste nezgodo prijavili? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Ime in priimek povzročitelja:		
Podatki o vozilu:	Znamka:	Registrska številka:	Številka šasije:
<input type="checkbox"/> osebno vozilo <input type="checkbox"/> motor <input type="checkbox"/> ali drugo			
<input type="checkbox"/> tovorno vozilo <input type="checkbox"/> moped			
Podatki o vseh ostalih udeležencih prometne nesreče:	So bili sopotniki pripeti z varnostnim pasom? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Kateri?		

Ob prijavi je potrebno priložiti vso zdravstveno in ostalo dokumentacijo v zvezi z nezgodo (policijski zapisnik, test o alkoholiziranosti itd.)

PODATKI O DRUGIH OBSTOJEČIH NEZGODNIH ALI ŽIVLJENJSKIH ZAVAROVALNIH

Vrsta pogodbe:	Ime zavarovalnice:	Številka police:
----------------	--------------------	------------------

UPRAVIČENEC (v kolikor ni ista oseba kot zavarovanec)

Ime in priimek:	Naslov:	Kraj in poštna številka:	
EMŠO:	Davčna številka:	Datum in kraj rojstva:	
Vrsta osebnega dokumenta:	Številka osebnega dokumenta:	Datum izdaje osebnega dokumenta:	Upravna enota, ki je osebni dokument izdala:

NAKAZILO ZAVAROVALNINE

<input type="checkbox"/> na banko	Naziv banke:	Številka TRR:	Ime in priimek, ter naslov imetnika računa:
		S I 5 6	

POOBLASTILO ZA VPOGLED V MEDICINSKO DOKUMENTACIJO

Bolnica / Zdravnik:	Številka sprejema:
Pooblaščam zdravnike in zdravstvene ustanove, ki zdravijo oziroma so zdravili zavarovanca ter organe, ki so opravili kakršnekoli preiskave v zvezi s to nezgodo, da smejo dati vse podatke, ki bi jih zahtevala Wiener Städtische Versicherung AG Vienna Insurance Group.	

PRILOGE

<ul style="list-style-type: none"> - medicinska dokumentacija o nezgodi in poteku zdravljenja - potrdilo o upravičeni odsotnosti z dela (za vsak mesec posebej) - sklepi komisije ZZZS o podaljšanju bolniškega staleža - zapisnik o alkoholiziranosti - fotokopija vozniškega dovoljenja v primeru prometne nesreče (obe strani)

Izjavljam, da sem na vsa vprašanja odgovoril resnično in popolno. V kolikor bi se v obravnavanem zavarovalnem primeru naknadno ugotovil razlog za izgubo zavarovalnih pravic po pogojih iz nezgodnega zavarovanja, se obvezujem vrniti vso prejeto zavarovalnino. Zavarovalnici dovoljujem, da podatke pri ustreznih ustanovah preveri. Dovoljujem, da se moji osebni podatki zbirajo, obdelujejo, shranjujejo in posredujejo.

V _____, dne _____

(Podpis zavarovanca/upravičenca)

POTRDILO ZAVAROVALCA (IZPOLNI PODJETJE OZIROMA DRUŠTVO):

_____ je delavec podjetja oz. član društva neprekinjeno od _____
(ime in priimek zavarovane osebe)

Na dan nezgode je bil zaposlen kot _____ in je opravljal dela _____
(naziv delavnega mesta) (točen opis delovnih nalog)

Zaradi nezgode je bil odsoten z dela od _____ do vključno _____

Zavarovan je s polico nezgodnega zavarovanja št. _____.

Za zavarovanca smo nakazali zadnjo premijo pred nezgodo za mesec _____ v znesku _____ EUR dne, _____.

V _____, dne _____

(Žig in podpis podjetja, društva)