

Številka škode:

PRIJAVA STROŠKOV REŠEVANJA ALI VRNITVE

Številka police: _____

PODATKI O ZAVAROVALCU

Prosimo, da na vprašanja odgovorite izčrpno! Ustrezno označite s

Ime in priimek zavarovalca:	Datum rojstva:	Davčna številka:	E naslov:
Naslov in hišna številka:	Poštna številka:	Kraj:	Telefonska številka:

PODATKI O ZAVAROVANI OSEBI

Ime in priimek zavarovanca (ponesrečenca):	Datum rojstva:	Davčna številka:	E naslov:
Naslov in hišna številka:	Poštna številka:	Kraj:	Telefonska številka:
Poklic zavarovanca ob nezgodi:	Delodajalec:	Kakšno delo opravlja (opis delovnih nalog):	
Začetek potovanja:	Konec potovanja:	Destinacija:	
Ali ste potovali sami?			

KJE SO NASTALI STROŠKI?

<input type="checkbox"/> Reševanje	Kakšno?
<input type="checkbox"/> Vrnitve	Kakšni?
<input type="checkbox"/> Iz drugih vzrokov	Kakšnih?
Višina nastalih stroškov: _____ EUR.	

Kdaj, kje in zakaj se je pripetil dogodek?	Datum:	Vzrok:
	Kraj:	Država:
	Nadmorska višina:	
Ali ste plezali sami ali v navezi s soplezalcem?		

Ali obstajajo pričje? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Ime in priimek:	Naslov:
Ali je bil o dogodku narejen zapisnik?		
Kdo je naredil zapisnik?		

DIAGNOZA

Prosimo navedite diagnozo:

PRVA ZDRAVNIŠKA POMOČ

Kdaj je bila zahtevana prva zdravniška pomoč?		
Datum:	Ura:	Kateri zdravnik je nudil prvo zdravniško pomoč?
Ali zdravljenje še traja? Kdo zdravi poškodovanega (ime, priimek in naslov bolnišnice)?		

SOCIALNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

Pri kateri ustanovi ste socialno zdravstveno zavarovani?	
Področna enota:	
Druga zdravstvena zavarovalnica:	
Vaša št. zdravstvenega zavarovanja:	

PODATKI O DRUGIH OBSTOJEČIH ZAVAROVANJIH

Ali imate:	Ime zavarovalnice:	Številka police:
- zdravstveno zavarovanje?		
- nezgodno zavarovanje?		

Ali ste pri kateri družbi že vložili zahtevek za zavarovalnino?	
Če da, pri kateri?	
Ali so bili zahtevki priznani?	

NAKAZILO ZAVAROVALNINE

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

UPRAVIČENEC (v kolikor ni ista oseba kot zavarovanec)

Ime in priimek:	Naslov:	Kraj in poštna številka:
EMŠO:	Davčna številka:	Datum in kraj rojstva:

OBVEZNE PRILOGE

<ul style="list-style-type: none"> - Priporočilo zdravnika za prevoz poškodovanca - Original račun stroškov reševanja oz. vrnitve

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)