



Škodni spis št.:

Polica št.:

Prijava NEZGODE

PODATKI O ZAVAROVALCU

Ime in priimek / Naziv:	Tel. številka:
-------------------------	----------------

PODATKI O ZAVAROVANI OSEBI

Ime in priimek:	EMŠO:	Davčna številka:
Ulica in hišna številka:	Št. pošte:	Kraj:
Tel. številka:	Elektronski naslov:	
Delo, ki ga opravljate:	Zaposlen/a pri:	
Podatki o transakcijskem računu:	Naziv in BIC banke:	Št. transakcijskega računa: SI56 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

PODATKI O UPRAVIČENCU (če ni ista oseba kot zavarovana oseba)

Ime in priimek / Naziv	EMŠO:	Davčna številka:
Ulica in hišna številka:	Št. pošte:	Kraj:
Tel. številka:	Elektronski naslov:	
Podatki o transakcijskem računu:	Naziv in BIC banke:	Št. transakcijskega računa: SI56 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

PODATKI O DOGODKU

Kdaj in kje je nezgoda nastala?	Datum:	Ura:	Kraj:
Točen opis nastanka nezgode: (pri katerem opraviilu, na kakšen način, vzrok nezgode)			
Opis poškodbe:			
Datum prvega pregleda pri zdravniku in zdravstvena ustanova:			
Ali je nezgodo obravnavala policija? Katera?		<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA PP zapisnik: <input type="checkbox"/> DA	
Ali ste neposredno pred nezgodo uživali alkoholne pijače?		<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA	
Navedite priče nezgode (ime, priimek, naslov, tel. številka.):			
Ali ste registrirani član športne organizacije oz. društva? (izpolnite v primeru, če ste se poškodovali pri športni aktivnosti)		<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA Naziv:	
Do katerega datuma ste bili nesposobni za delo zaradi nezgode?			
Ali ste bili pred nezgodo sposobni za delo? (če je odgovor NE, navedite vzrok in priložite medicinsko dokumentacijo)		<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA	
.....			
Ali ste pred nezgodo na tem delu telesa že imeli kakšno telesno pomanjkljivost, enako ali podobno poškodbo oz. se zdravili zaradi bolezni? (če je odgovor DA, navedite kaj in priložite medicinsko dokumentacijo)		<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA	
.....			

