



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	
.....			

Ali imate še kakšno drugo nezgodno zavarovanje pri naši ali drugi zavarovalnici? (če je odgovor DA, napišite zavarovalnico in številko police)	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA Zavarovalnica: Številka police:
---	---

PODATKI O VOZNIŠKEM IN PROMETNEM DOVOLJENJU (v primeru prometne nesreče, če je voznik zavarovana oseba)

Št. vozniškega dovoljenja in kategorija:	Veljavnost dokumenta:
Št. prometnega dovoljenja:	Veljavnost dokumenta:

PRILOGE

<input type="checkbox"/> vsa zdravniška dokumentacija od prvega obiska zdravnika do zaključka zdravljenja; <input type="checkbox"/> fotokopija zdravstvenega kartona v delu zdravljenja nezgode (če je zdravljenje potekalo le ambulantno); <input type="checkbox"/> potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela (bolniški list); <input type="checkbox"/> odločbe Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije v primeru trajanja bolniškega staleža nad 30 dni; <input type="checkbox"/> potrdilo Zavoda RS za zaposlovanje v primeru brezposelnih oseb, če nezmožnost za delo traja nad 30 dni; <input type="checkbox"/> dokazilo o izvajanju fizikalne terapije; <input type="checkbox"/> vozniško in prometno dovoljenje (v primeru prometne nesreče); <input type="checkbox"/> policijski zapisnik, če je primer obravnavala policija.
V primeru smrti dostaviti še: <input type="checkbox"/> izpisek iz matične knjige umrlih; <input type="checkbox"/> dokazilo o vzroku smrti (obrazec Statističnega urada RS); <input type="checkbox"/> sklep o dedovanju (če so kot upravičenci določeni zakoniti dediči).
<input type="checkbox"/> drugo:

IZJAVE IN SOGLASJA

Izjavljam, da so vse moje zgornje navedbe 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. Pooblašчам in dovoljujem zavarovalnici Adriatic Slovenica d.d., da lahko od vseh zdravstvenih in drugih ustanov ter organov pregona v mojem imenu zahteva in zbira vso zdravstveno in drugo dokumentacijo, ki je potrebna za ugotovitev temelja in višine obveznosti zavarovalnice. V, dne Podpis zavarovane osebe ali upravičenca
---	--

(izpolnite samo pri dodatnih zavarovanjih, sklenjenih skupaj z življenjskim zavarovanjem)

Izjavljam tudi, da sem državljan/ka ZDA oziroma rezident/ka ZDA za davčne namene in se obvezujem, da bom zavarovalnico nemudoma pisno obvestil/a, če bo prišlo do spremembe glede teh podatkov: <input type="checkbox"/> DA, sem državljan/ka ZDA. <input type="checkbox"/> NE, nisem; obvezujem se, da bom zavarovalnico nemudoma pisno <input type="checkbox"/> DA, sem rezident/ka ZDA za davčne namene. obvestil/a, če bom postal/a državljan/ka ZDA oziroma rezident/ka ZDA.
--

(izpolni predstavnik zavarovalnice)

Kraj in datum:	Podpis predstavnika zavarovalnice, ki je sprejel prijavo:
----------------	---

(izpolnite samo pri kolektivnih zavarovanjih)

Potrdilo podjetja ali društva

Zavarovana oseba (ime in priimek) je zaposlena v našem podjetju oz. je član našega društva neprekinjeno od dne Na dan nezgode je opravljala dela Za zavarovano osebo smo nakazali premijo (za mesec, v katerem je nastala nezgoda) po polici št. v znesku EUR oz. za vse zavarovane člane v skupnem znesku EUR dne Potrjujemo, da je bila zavarovana oseba zaradi nezgode v bolniškem staležu od dne do dne in bila zaradi tega odsotna z dela. V, dne Žig podjetja/društva in podpis pooblaščenice osebe
--	---