

# Prijava nezgode

## 1. PODATKI O ZAVAROVALCU

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

## 2. PODATKI O ZAVAROVANI OSEBI

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

## 3. PODATKI O UPRAVIČENCU

(če ni ista oseba kot zavarovana oseba)

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

## 4. PODATKI O DOGODKU

Kdaj je nezgoda nastala?	Kraj:	Datum:	Ura:
<b>Točen opis nastanka nezgode:</b> (pri katerem opravilu, 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. št.):			
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: .....

## 5. PODATKI O VOZNIŠKEM IN PROMETNEM DOVOLJENJU

(v primeru prometne nesreče, če je voznik zavarovana oseba)

Številka vozniškega dovoljenja in kategorija:	Veljavnost vozniškega dovoljenja:
Številka prometnega dovoljenja:	Veljavnost prometnega dovoljenja:

## 6. PRILOGE

- vsa zdravniška dokumentacija od prvega obiska zdravnika do zaključka zdravljenja;
- fotokopija zdravstvenega kartona v delu zdravljenja nezgode (če je zdravljenje potekalo le ambulantno);
- potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela;
- odločbe Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije v primeru trajanja bolniškega staleža nad 30 dni;
- potrdilo Zavoda RS za zaposlovanje v primeru brezposelnih oseb, če nezmožnost za delo traja nad 30 dni;
- dokazilo o izvajanju fizikalne terapije;
- vozniško in prometno dovoljenje (v primeru prometne nesreče);
- policijski zapisnik, če je primer obravnavala policija.

V primeru smrti dostaviti še:

- izpisek iz matične knjige umrlih;
- dokazilo o vzroku smrti (obrazec Statističnega urada RS);
- sklep o dedovanju (če so kot upravičenci določeni zakoniti dediči).

drugo:

## 7. 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. Pooblaščam 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.

Kraj in datum:	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:

- DA, sem državljan/ka ZDA.
- NE, nisem; obvezujem se, da bom zavarovalnico nemudoma pisno obvestil/a, če bom postal državljan/ka ZDA oziroma rezident/ka ZDA.
- DA, sem rezident/ka ZDA za davčne namene.

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

## 8. POTRDILO PODJETJA ALI DRUŠTVA

(izpolnite samo pri kolektivnih zavarovanjih)

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 zaradi tega odsotna z dela.

Kraj in datum:	Žig podjetja/društva in podpis pooblaščenih oseb:
----------------	---