Škodni spis št. .....

Polica št. .....

Prijava zavarovalnega primera

iz zdravstvenega zavarovanja za težke bolezni, kirurške posege ali posmrtnino

1. PODATKI O ZAVAROVALCU

Ime in priimek / Naziv:	Tel. št.:
Ulica in hišna številka / Sedež:	Št. pošte in kraj:

2. PODATKI O ZAVAROVANI OSEBI

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: **SI56**	

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: **SI56**	

4. PODATKI O DOGODKU

prijavitelj uveljavlja zavarovalnino iz naslova

Zavarovanje težkih oblik bolezni	Opomba: Izpolnite v primeru uveljavljanja zavarovalnine iz naslova zavarovanja težkih oblik bolezni:
Bolezen (ustrezno označite):	☐ rak ☐ srčni infarkt ☐ možganska kap ☐ bakterijski meningitis ☐ encefalitis ☐ benigni tumor na možganih ☐ paraliza ☐ drugo: ..... ☐ embolija pljuč ☐ odpoved ledvic ☐ kronično obolenje jeter ☐ kronično obolenje pljuč ☐ slepota ☐ presaditev določenih notranjih organov ☐ popolna in trajna odvisnost od tuje pomoči
Diagnoza (šifra in naziv):	
Datum postavitve prve diagnoze:	
Ali je bila zavarovalnina za isto oz. katero drugo obliko navedenih bolezni že kdaj izplačana?	☐ NE ☐ DA in sicer .....

ADRIATIC SLOVENICA d.d., Ljubljanska cesta 3a, 6503 Koper; družba je vpisana v sodnem registru Okrožnega sodišča v Kopru, št. reg. vl. 10155500; ID št. za DDV: SI63658011; matična št.: 5063361; osnovni kapital 42.999.529,80 EUR vplačan v celoti.

Zavarovanja kirurških posegov	Opomba: Izpolnite v primeru uveljavljanja zavarovalnine iz naslova zavarovanja kirurških posegov.
Kirurški poseg (ustrezno označite):	☐ poseg na nevrološkem sistemu ☐ poseg na endokrinološkem sistemu ☐ poseg na očeh ☐ poseg na ušesih ☐ poseg na nosu, ustih in žrelu ☐ poseg na respiratornem sistemu ☐ poseg na kardiovaskularnem sistemu ☐ poseg v dermatologiji in plastični kirurgiji ☐ poseg mišičnoskeletnega sistema ☐ poseg na urinarnem sistemu ☐ poseg na prebavnem sistemu ☐ poseg v zvezi z vranico ☐ poseg na dojkah ☐ ginekološki poseg ☐ poseg na moških spolnih organih ☐ drugo:.....
Kirurški poseg (šifra in naziv):	
Datum, ko je bil kirurški poseg indiciran:	
Datum, ko je bil kirurški poseg opravljen:	
Vrsta anestezije:	☐ splošna ☐ lokalna
Ali je bila potrebna hospitalizacija?	☐ DA ☐ NE
Ali je bila zavarovalnina iz naslova kirurških posegov že kdaj izplačana?	☐ NE ☐ DA in sicer .....
Zavarovanje posmrtnine	Opomba: Izpolnite v primeru uveljavljanja zavarovalnine iz naslova zavarovanja posmrtnine.
Datum, ura in kraj smrti:	
Vzrok smrti:	☐ bolezen ☐ nezgoda

5. PRILOGE IN OPOMBE

Priloge:	☐ vsa zdravniška dokumentacija, ki se nanaša na diagnosticiranje in zdravljenje bolezni: .... ☐ izpisek iz matične knjige umrlih ☐ dokazilo o vzroku smrti ☐ sklep o dedovanju (če so kot upravičenci določeni zakoniti dediči) ☐ drugo: .....
Opombe:	

6. IZJAVA

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:

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

ADRIATIC SLOVENICA d.d., Ljubljanska cesta 3a, 6503 Koper; družba je vpisana v sodnem registru Okrožnega sodišča v Kopru, št. reg. vl. 10155500; ID št. za DDV: SI63658011; matična št.: 5063361; osnovni kapital 42.999.529,80 EUR vplačan v celoti.