

Prijava nezgode

1. PODATKI O ZAVAROVALCU

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

2. PODATKI O ZAVAROVANI OSEBI

Priimek in ime:	EMŠO:	Davčna številka:
Ulica in hišna številka/Sedež (stalni naslov):	Št. pošte in kraj (stalni naslov):	Država (stalni naslov):
Ulica in hišna številka/Sedež (začasni naslov):	Št. pošte in kraj (začasni naslov):	Država (začasni naslov):
Elektronski naslov:	Tel. št.:	Državljanstvo:
Delo, ki ga opravljate:	Zaposlen/a pri:	
Naziv in BIC banke:	Transakcijski račun: SI56	

3. PODATKI O UPRAVIČENCU

(če ni ista oseba kot zavarovana oseba)

Priimek in ime:	EMŠO:	Davčna številka:
Ulica in hišna številka/Sedež (stalni naslov):	Št. pošte in kraj (stalni naslov):	Država (stalni naslov):
Ulica in hišna številka/Sedež (začasni naslov):	Št. pošte in kraj (začasni naslov):	Država (začasni naslov):
Elektronski naslov:	Tel. št.:	Državljanstvo:
Naziv in BIC banke:	Transakcijski račun: SI56	

4. PODATKI O DOGODKU

Kdaj je nezgoda nastala?	Kraj:	Datum:	Ura:
Točen opis nastanka nezgode: (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 ob izpolnjevanju tega obrazca izrecno opozorjen. 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. Seznanjen sem z informacijo o obdelavi osebnih podatkov, ki je dostopna tudi na www.as.si/vop.

Kraj in datum:	Kraj in datum:
Podpis zavarovane osebe ali upravičenca:	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 pooblaščenice osebe:
----------------	---