

Prijava zavarovalnega primera oprostitve plačila premije

1. OPROSTITEV PLAČILA PREMIJE PRIJAVLJAM ZARADI (ustrezno označite)

<input type="checkbox"/> delovne nezmožnosti	<input type="checkbox"/> trajne invalidnosti zaradi nezgode	<input type="checkbox"/> brezposelnosti
Polica krije tudi nadomestilo za primer delovne nezmožnosti ali brezposelnosti	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA

2. PODATKI O ZAVAROVALCU

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

3. 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:
Naziv in BIC banke:	Transakcijski račun: SI56	<input type="text"/>

IZPOLNITE V PRIMERU DELOVNE NEZMOŽNOSTI ALI TRAJNE INVALIDNOSTI ZARADI NEZGODE

Datum začetka bolniškega staleža:	
Do kdaj bo bolniški stalež predvidoma trajal?	
Delovna nezmožnost je nastala zaradi:	<input type="checkbox"/> nezgode <input type="checkbox"/> bolezni <input type="checkbox"/> drugo.....

Delovna nezmožnost v primeru bolezni

Naziv bolezni:	
Datum začetka zdravljenja bolezni:	
Kraj zdravljenja (naziv zdravstvene ustanove):	
Zdravnik (ime in priimek):	

Delovna nezmožnost in trajna invalidnost v primeru nezgode

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, telefon):			
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 krčne žile, sladkorno bolezen, revmatična obolenja, epilepsijo, bolezni kosti, obolenje dihalnih organov, srca ali ožilja? (če, je odgovor DA, ustrezno navedite)	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA

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. IZPOLNITE V PRIMERU BREZPOSELNOSTI

Datum pričetka brezposelnosti:	
Naziv in naslov zadnjega delodajalca:	
Koliko časa neprekinjeno ste bili zaposleni pri zadnjem delodajalcu?	
Delovni čas:	<input type="checkbox"/> poln delovni čas <input type="checkbox"/> skrajšan delovni čas
Oblika pogodbe o delu:	<input type="checkbox"/> nedoločen čas <input type="checkbox"/> določen čas od do
Ali ste prijavljeni na Zavodu za zaposlovanje?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, od dne:
Ali prejimate denarno nadomestilo za brezposelnost?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA

7. PRILOGE

1. Delovna nezmožnost in trajna invalidnost:

- potrdilo o upravičeni zadržanosti z dela za poln delovni čas
- odločbe Zavoda za zdravstveno zavarovanje RS glede začasne nezmožnosti za delo
- vsa zdravniška dokumentacija, pridobljena v času zdravljenja
- vozniško in prometno dovoljenje (v primeru prometne nesreče)
- policijski zapisnik (če je dogodek obravnavala policija).

2. Brezposelnost:

- pogodba o zaposlitvi pri zadnjem delodajalcu
 - pisna odpoved ali potrdilo zadnjega delodajalca z navedenimi odpovednimi razlogi
 - potrdilo Zavoda za zaposlovanje RS o prijavi v evidenco brezposelnih oseb, iz katere je razvidno, koliko časa je zavarovana oseba že neprekinjeno prijavljena kot brezposelna oseba in obdobje prejemanja denarnega nadomestila
- drugo:

8. 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. 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 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:	Podpis predstavnika zavarovalnice, ki je sprejel prijavo: