



Škodni spis št.:

Polica št.:

Prijava nezgode

Zavarovalec: (ime, priimek, naslov / naziv)	Telefon/GSM
---	-------------

Zavarovanec: (ime, priimek, naslov)	Telefon/GSM	
EMŠO oz. matična številka (pravne osebe)	Davčna številka	E-naslov
Poklic oz. delo, ki ga opravljate:	Naziv podjetja v katerem ste zaposleni:	

Datum in ura škodnega dogodka / prometne nesreče:		
Kraj škode / dogodka / nesreče / nezgode (kraj, ulica, relacija):		
Točen opis poškodb zaradi nezgode:		
Kateri zdravnik in v kateri zdravstveni ustanovi vam je bila nudena prva pomoč? Katerega dne?		
Kje ste se zdravili zaradi te nezgode? V kateri ambulanti - zdrav. domu in kdaj? V kateri bolnišnici in kdaj?		
Ali je nezgodni dogodek obravnavala policija in katera?	ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> - PP: <input type="checkbox"/>	Zapisnik: da <input type="checkbox"/>
Ali ste neposredno pred nezgodo uživali alkoholne pijače?	ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/>	
Navedite priče (Ime in priimek, naslov, telefon):		
Do katerega dne ste bili nesposobni za delo?		
Ali ste bili pred to nezgodo sposobni za delo? Če je odgovor ne, navedite zaradi česa?	ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/>	
Ali zdravnik predvideva, da boste imeli trajne posledice?	ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/>	
Ali ste že imeli enako ali podobno poškodbo na tem delu telesa, pred to nezgodo?	ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/>	priložite medicinsko dokumentacijo
Ali ste se pred to nezgodo na sedaj poškodovanem delu telesa že zdravili zaradi obolenja?	ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/>	priložite medicinsko dokumentacijo
a) Ali imate krčne žile, sladkorno bolezen, revmatska obolenja, epilepsijo, obolenje dihalnih organov, srca ali ožilja?	a) ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/>	

b) Ali ste že pred nezgodo imeli kakšno telesno hibo, pomanjkljivost ali invalidnost na vidu, sluhu, rokah - nogah in drugih organih?	b) ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/>
c) Ali ste se zdravili zaradi alkoholizma ali drugih odvisnosti in kdaj?	c) ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/>
d) Vaša višina in teža	d) višina: _____ teža: _____
Ali imate še kakšno drugo nezgodno zavarovanje pri Adriatic Slovenica ali drugi zavarovalnici? Vpišite številko police in zavarovalnico!	ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/>

PODATKI O VOZNIŠKEM IN PROMETNEM DOVOLJENJU (samo v primeru prometne nesreče)

Voznik: (ime, priimek, naslov, EMŠO)			Telefon/GSM
Številka vozniškega dovoljenja:		kategorija:	velja od:
Številka prometnega dovoljenja:			velja od:
Številka potnega naloga (za zavarovance-pravne osebe):			

Ob prijavi je potrebno priložiti vso zdravstveno in ostalo dokumentacijo v zvezi z nezgodo!

ŽELIM IZPLAČILO ZAVAROVALNINE:

meni osebno <input type="checkbox"/> upravičencu <input type="checkbox"/>	Na TRR: _____	Imetnik TRR: _____
---	---------------	--------------------

UPRAVIČENEC (če ni ista oseba kot zavarovanec):

Ime, priimek, naslov:		Telefon/GSM
EMŠO oz. matična številka (pravne osebe)	Davčna številka	E-naslov

Zahtevku prilagam:	Opombe, pripombe:
<p>Izjava: Za dane podatke in navedbe materialno in kazensko odgovarjam. Zavarovalnici dovoljujem, da lahko za potrebe reševanja prijavljenega zavarovalnega primera, zbira podatke o dogodku, udeleženih osebah in vozilih ter vpogleda in pridobiva listine iz zbirke podatkov o registraciji vozil. Seznanjen sem z informacijo o obdelavi osebnih podatkov, ki je dostopna tudi na www.as.si/vop. Pooblašчам zdravnike in zdravstvene ustanove, ki zdravijo oziroma so zdravili zavarovanca ter organe, ki so opravili kakršnekoli preiskave v zvezi s to nezgodo, da smejo dati vse podatke, ki bi jih zahtevala ADRIATIC SLOVENICA, d.d., Ljubljanska cesta 3a, 6503 Koper.</p> <p>V _____, dne _____</p> <p style="text-align: right;">..... Podpis zavarovanca - upravičenca</p>	
Datum in podpis pooblaščenca zavarovalnice, ki je sprejel prijavo:	

Potrdilo podjetja oz. druge organizacije, društva

1. G-a..... je zaposlen v našem podjetju oz. je član našega društva (ustrezno podčrtaj) neprekinjeno od

Na dan nezgode je opravljal dela.....

2. Za zavarovanca smo nakazali premijo (za mesec, v katerem je nastala nezgoda) po polici št.

v znesku....., oziroma za vse zavarovane člane v skupnem znesku.....

dne.....

3. Potrjujemo, da je g-a..... bil zaradi nezgode v bolniškem staležu od.....do.....in zaradi tega odsoten iz dela.

V....., dne

.....
Žig podjetja-društva in podpis pooblaščenca osebe