



# Prijava kritične bolezni

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

## 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: <b>SI56</b> <input type="text"/>	

## 4. PODATKI O DOGODKU

Zavarovalnino uveljavljam za (ustrezno označite):

BOLEZNI SRCA IN OŽILJA	<input type="checkbox"/> srčni infarkt	<input type="checkbox"/> operacija obkoda koronarne arterije (by-pass)
	<input type="checkbox"/> operacija srčnih zaklopk	<input type="checkbox"/> operacija aorte
	<input type="checkbox"/> možganska kap	<input type="checkbox"/> koronarna angioplastika
RAKASTA OBOLENJA	<input type="checkbox"/> rak	<input type="checkbox"/> benigni možganski tumor
TEŽKE POŠKODBE IN BOLEZNI	<input type="checkbox"/> slepota	<input type="checkbox"/> večje opekline
	<input type="checkbox"/> paraliza	<input type="checkbox"/> poškodba glave
BOLEZNI S TRAJNIMI POSLEDICAMI	<input type="checkbox"/> ledvična odpoved	<input type="checkbox"/> presaditev glavnih organov
	<input type="checkbox"/> multipla skleroza	<input type="checkbox"/> koma
	<input type="checkbox"/> HIV zaradi transfuzije krvi	<input type="checkbox"/> Alzheimerjeva bolezen
	<input type="checkbox"/> Parkinsonova bolezen	<input type="checkbox"/> akutni virusni encefalitis
	<input type="checkbox"/> bakterijski meningitis	
Diagnoza (šifra in naziv):		
Datum postavitve prve diagnoze:		
Ali je bila zavarovalnina za isto oz. katero drugo obliko navedenih bolezni že kdaj izplačana?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, .....	

## 5. PRILOGE

Vsa zdravniška dokumentacija, ki se nanaša na diagnosticiranje in zdravljenje bolezni.

Drugo: .....

## 6. 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](http://www.as.si/vop).

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