



Prijava nezgode otrok in mladine

1. PODATKI O ZAVAROVALCU

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

2. PODATKI O ZAVAROVANI OSEBI

Ime in priimek:	EMŠO:	Davčna številka:
Ulica in hišna številka:	Št. pošte in kraj:	
Tel. št.:	Elektronski naslov:	

3. PODATKI O UPRAVIČENCU

(če ni ista oseba kot zavarovana oseba)

Ime in priimek:	EMŠO:	Davčna številka:
Ulica in hišna številka:	Št. pošte in kraj:	
Tel. št.:	Elektronski naslov:	

4. PODATKI O DOGODKU

Kdaj je nezgoda nastala?	Kraj:	Datum:	Ura:
Točen opis nastanka nezgode: (pri katerem opraviilu, 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 je zavarovana oseba pred nezgodo uživala alkoholne pijače?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA		
Navedite priče nezgode (ime, priimek, naslov, tel. št.):			
Do katerega datuma je bila zavarovana oseba odsotna iz vrtca, šole, predavanj?			
Ali je bila zavarovana oseba pred nezgodo zdrava? (če je odgovor NE, navedite vzrok in priložite medicinsko dokumentacijo)	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA		
Ali je zavarovana oseba pred nezgodo na tem delu telesa že imela kakšno telesno pomanjkljivost, enako ali podobno poškodbo oz. se zdravila 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. PODATKI O PREJEMNIKU NAKAZILA

Sorodstveno razmerje do zavarovane osebe:		
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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

7. PRILOGE

- vsa zdravniška dokumentacija od prvega obiska zdravnika do zaključka zdravljenja;
- fotokopija zdravstvenega kartona v delu zdravljenja nezgode (če je zdravljenje potekalo le ambulantno);
- dokazilo o statusu študenta oz. brezposelne osebe;
- dokazilo o izvajanju fizikalne terapije;
- voziško in prometno dovoljenje (v primeru prometne nesreče);
- policijski zapisnik, če je primer obravnavala policija;
- dokazilo o plačani premiji.

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:

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/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. Seznanjen sem z informacijo o obdelavi osebnih podatkov, ki je dostopna tudi na www.as.si/vop.

Kraj in datum:

Podpis zavarovane osebe ali upravičenca:

9. POTRDILO VRTCA, ŠOLE ALI DRUGE USTANOVE, KI JO OBISKUJE ZAVAROVANA OSEBA

Zavarovana oseba (ime in priimek) v šolskem letu /
obiskuje razred/letnik vrtca/šole/ustanove. Zaradi posledic nezgode ni obiskovala vrtca/pouka/predavanj od dne
do vključno dne Zaradi posameznih zdravniških pregledov je bila odsotna še dne

Kraj in datum:

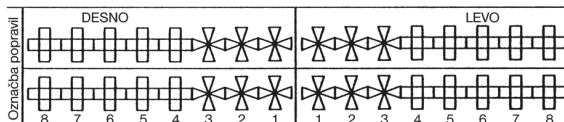
Žig in podpis pooblaščenca vrtca/šole/ustanove:

10. POTRDILO ZDRAVNIKA (izpolnite v primeru poškodbe zob)

Opis poškodb, ki jih je utrpela zavarovana oseba:

Ali gre za poškodbo stalnega zoba? NE DA

Ali je bil poškodovan zob pred nezgodo zdrav? NE DA



Opis morebitnih posledic in pripomb zdravnika:

Kraj in datum:

Žig in podpis zdravnika: