

Prijava nezgode za imetnike plačilnih kartic

Zaradi nastanka zavarovalnega primera vlagam sledečo prijavo:

ZAVAROVANEC:

Ime in priimek:		EMŠO:	Davčna številka:	Tel. št.
Št. pošte:	Kraj:	Ulica in hišna številka:		
E-pošta:		Poklic zavarovanca:		Delo, ki ga opravlja:

1. Kdaj je nastala nezgoda?	datum ura
2. Točen opis nezgodnega dogodka, ki naj bo čim bolj izčrpen in jasen: - v katerem kraju je nastala nezgoda? - pri kakšnem opraviilu je nastala nezgoda? - zaradi katerega vzroka je nastala nezgoda?	..... ..... .....
3. Točen opis poškodb zaradi nezgode:	..... .....
4. Ali je zavarovanec zaradi dobljenih poškodb umrl oziroma ali obstaja nevarnost za njegovo življenje?	..... .....
5. Ali je zavarovanec neposredno pred nezgodo užival alkoholne pijače? Kdaj, kje, kakšne in koliko?	..... .....
6. Kateri zdravnik ali zdravstvena ustanova je nudila prvo pomoč?	..... .....
7. Kje se je zavarovanec zdravil zaradi te nezgode? a) ambulanta zdravstveni dom: b) bolnišnica poliklinika:	a) b)
8. Ime in naslov zdravnika, ki sedaj zdravi zavarovanca:	..... .....
9. Ime in naslov očividcev nezgode:	..... .....
10. Ali je nezgodni dogodek obravnavala policija in katera?	..... .....
11. Ali je bil zavarovanec pred to nezgodo popolnoma zdrav?	..... .....
12. Ali je bil zavarovanec pred to nezgodo sposoben za delo? Če ne, zaradi česa?	..... .....
13. Ali je zavarovanec pred to nezgodo imel kakšno telesno hibo, pomanjkljivost ali invalidnost na vidu (kratkovidnost, daljnovidnost, slabovidnost, ipd.), sluhu, rokah ali nogah, živcih ali drugih organih? Od kdaj in v kakšni obliki?	..... ..... ..... ..... .....

14. Ali je zavarovanec že kdaj prej imel kakšno telesno poškodbo kdaj in kakšno? Ali je ta poškodba imela za posledico trajno izgubo splošnih delovnih sposobnosti koliko odstotkov?	..... ..... ..... .....
15. Podjetje ali ustanova, v kateri je zavarovanec zaposlen:	..... .....
16. Ali ima zavarovanec še kakšno drugo nezgodno zavarovanje? Navedite številko police in zavarovalnico.	..... .....

UPRAVIČENEC (če ni ista oseba kot zavarovanec):

Ime in priimek:	EMŠO:	Davčna številka:	Tel. št.
Št. pošte: Kraj:	Ulica in hišna številka:		
E-pošta:			

Izplačilo zavarovalnine želim:

po pošti na naslov, ki je naveden

na račun pri banki:

 naziv in številka banke

 ime in priimek, ter naslov imetnika računa

 št. računa

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

Izjavljam, da sem na vsa vprašanja odgovoril resnično in popolno. 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 Zavarovalna družba d.d.

V, dne

.....
Podpis zavarovanca-upravičenca

Potrdilo banke o plačani zavarovalni premiji

Potrjujemo, da je za
(ime in priimek zavarovanca)

.....
(naslov)

bila plačana zavarovalna premija za čas od do, ob izdaji plačilne kartice

ACTIVA

ACTIVA-MASTERCARD

VISA

Številka kartice

.....
Žig in podpis banke

.....
(Kraj in datum)