



Prijava nezgode

Škodni spis št.:

Polica št.:

PODATKI O ZAVAROVALCU

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

PODATKI O ZAVAROVANI OSEBI

Ime in priimek:	EMŠO:	Davčna št.:
Ulica in hišna št.:	Št. pošte in kraj:	Država:
Elektronski naslov:	Tel. št.:	
Delo, ki ga opravljate:	Zaposlen pri:	
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"/>	

PODATKI O UPRAVIČENCU (če ni ista oseba kot zavarovana oseba)

Ime in Priimek:	EMŠO:	Davčna št.:
Ulica in hišna št.:	Št. pošte in kraj:	Država:
Elektronski naslov:	Tel. št.:	
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"/>	

PODATKI O DOGODKU

Kdaj je nezgoda nastala?	Kraj:	Datum:	Ura:
Točen opis nastanka nezgode: (pri katerem opraviilu, na kakšen način, vzrok nezgode)			
Opis poškodbe:			
Navedite vašega osebnega zdravnika (ime in priimek zdravnika ter zdravstvena ustanova)			
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, tel. št.):			
Ali ste registrirani član športne organizacije oz. društva? (izpolnite v primeru, če ste se poškodovali pri športni aktivnosti)	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA	Naziv:

Ali ste bili zaradi nezgode v bolniškem staležu? Če da, potem navedite obdobje bolniškega staleža.	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA Od dne do dne Od dne do dne
Ali ste bili pred nezgodo sposobni za delo? (če je odgovor NE, navedite vzrok in priložite medicinsko dokum.)	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA
Ali ste pred nezgodo na tem delu telesa že imeli telesno pomanjkljivost, enako ali podobno poškodbo oz. se zdravili zaradi bolezni? (če DA, navedite kaj in priložite medicinsko dokum.)	<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 št. police)	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA Zavarovalnica: Št. police:

PODATKI O VOZNIŠKEM IN PROMETNEM DOVOLJENJU (v primeru prometne nesreče, če je voznik zavarovana oseba)

Št. vozniškega dovoljenja in kategorija:	Veljavnost vozniškega dovoljenja:
Št. prometnega dovoljenja:	Veljavnost prometnega dovoljenja:

PRILOGE

<input type="checkbox"/> vsa zdravniška dokumentacija od prvega obiska zdravnika do zaključka zdravljenja <input type="checkbox"/> fotokopija zdravstvenega kartona v delu zdravljenja nezgode (če je zdravljenje potekalo le ambulantno) <input type="checkbox"/> potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela <input type="checkbox"/> odločbe Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije v primeru trajanja bolniškega staleža nad 30 dni <input type="checkbox"/> potrdilo Zavoda RS za zaposlovanje v primeru brezposelnih oseb <input type="checkbox"/> dokazilo o izvajanju fizikalne terapije <input type="checkbox"/> vozniško in prometno dovoljenje (v primeru prometne nesreče) <input type="checkbox"/> policijski zapisnik, če je primer obravnavala policija
V primeru smrti dostavite še: <input type="checkbox"/> izpisek iz matične knjige umrlih <input type="checkbox"/> dokazilo o vzroku smrti (obrazec Statističnega urada RS) <input type="checkbox"/> sklep o dedovanju (če so kot upravičenci določeni zakoniti dediči)
<input type="checkbox"/> drugo:

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 Generali 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.generali.si/vop.

Kraj in datum:	Kraj in datum:
Podpis zavarovane osebe ali upravičenca:	Podpis predstavnika zavarovalnice:

POTRDILO ZOBOZDRAVNIKA (izpolnite v primeru poškodbe zob)

Opis poškodb, ki jih je utrpela zavarovana oseba:

Ali gre za poškodbo stalnega zoba (otroci)? DA NE

Ali je bil poškodovan zob pred nezgodo zdrav (ni bil predhodno zdravljen)? DA NE

Označba popravil	DESNO	LEVO

Opis morebitnih posledic in pripomb zobozdravnika:

Kraj in datum:	Žig in podpis zobozdravnika:
----------------	------------------------------