

Prijava nezgode

ZAVAROVALEC

Ime in priimek/naziv:	Naslov:
-----------------------	---------

ZAVAROVANEC

Ime in priimek:	
EMŠO:	Davčna številka: Tel št./E-pošta:
Št. pošte: Kraj:	Ulica in hišna številka:
Poklic oz. delo, ki ga opravljate:	Naziv podjetja v katerem ste zaposlen oz. član:

1. Kdaj je nezgoda nastala?	datum:	ura:
2. Točen opis nezgodnega dogodka, ki naj bo čim bolj izčrpen in jasen: - v katerem kraju je nezgoda nastala? - pri kakšnem opravilu je nezgoda nastala? - zaradi katerega vzroka?		
3. Točen opis poškodb zaradi nezgode:		
4. Kateri zdravnik in v kateri zdravstveni ustanovi vam je bila nudena prva pomoč? Katerega dne?		
5. Kje ste se zdravili zaradi te nezgode? V kateri ambulanti - zdrav. domu in kdaj? V kateri bolnišnici in kdaj?		
6. Ali je nezgodni dogodek obravnavala policija in katera?		
7. Ali ste neposredno pred nezgodo uživali alkoholne pijače?	NE <input type="checkbox"/>	DA <input type="checkbox"/>
8. Ime in priimek ter naslov očividcev nezgode.		
9. Do katerega dne ste bili nesposobni za delo?		
10. Ali ste bili pred to nezgodo sposobni za delo? Če je odgovor ne, navedite zaradi česa?	NE <input type="checkbox"/>	DA <input type="checkbox"/>
11. Ali zdravnik predvideva, da boste imeli trajne posledice?		
12. Ali ste že imeli enako ali podobno poškodbo na tem delu telesa, pred to nezgodo?	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	priložite medicinsko dokumentacijo	
13. Ali ste se pred to nezgodo na sedaj poškodovanem delu telesa že zdravili zaradi obolenja?	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	priložite medicinsko dokumentacijo	

14. a) Ali imate krčne žile, sladkorno bolezen, revmatična obolenja, epilepsijo, obolenje dihalnih organov, srca ali ožilja? b) Ali ste že pred nezgodo imeli kakšno telesno hibo, pomankljivost ali invalidnost na vidu, sluhu, rokah - nogah in drugih organih? c) Ali ste se zdravili zaradi alkoholizma ali drugih odvisnosti in kdaj? d) Vaša višina in teža	a) b) c) d) višina: teža:
15. Ali imate še kakšno drugo nezgodno zavarovanje pri Adriatic Slovenica ali drugi zavarovalnici? Vpišite številko police in zavarovalnico!	

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

Številka voznškega dovoljenja zavarovanca (voznika) in kategorija	Veljavnost voznškega dovoljenja
Številka prometnega dovoljenja	Veljavnost prometnega dovoljenja

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

UPRAVIČENEC (če ni ista oseba kot zavarovanec):

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

ZAVAROVALNINO NAKAZATI

Ime in priimek:	Naziv banke:	Celotna številka TRR:
-----------------	--------------	-----------------------

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 kakršnokoli preizkave v zvezi s to nezgodo, da smejo dati vse podatke, ki bi jih zahtevala ADRIATIC SLOVENICA d.d., Ljubljanska cesta 3a, 6503 Koper.

V....., dne
.....
..... podpis zavarovanca – upravičenca

<p>Potrdilo podjetja oz. druge organizacije / društva</p> <p>1. G-a je zaposlen v našem podjetju oz. je član našega društva (ustrezno podčrtaj) neprekinjeno od</p> <p>Na dan nezgode je opravljal dela</p> <p>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</p> <p>3. Potrjujemo, da je g-a bi zaradi nezgode v bolniškem staležu od do in zaradi tega odsoten iz dela.</p> <p>V....., dne žig podjetja-društva in podpis pooblaščenca osebe</p>
