

Škodni spis št.:

Polica št.:

1. PODATKI O ZAVAROVALCU

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

2. PODATKI O ZAVAROVANI OSEBI

Ime in priimek:	Rojstni datum:	Davčna številka:
Ulica in hišna številka:	Št. pošte in kraj:	Država:
Elektronski naslov:	Tel. št.:	
Delo, ki ga opravljate:	Zaposlen pri:	
Naziv banke:	TRR: 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"/>	

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

Ime in priimek/Naziv:	Rojstni datum/Matična št.:	Davčna številka:
Ulica in hišna številka:	Št. pošte in kraj:	Država:
Elektronski naslov:	Tel. št.:	
Naziv banke:	TRR: 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"/>	

4. PODATKI O DOGODKU

Kdaj in kje je nezgoda nastala?	Kraj:	Datum:	Ura:
Točen opis nastanka nezgode: (pri katerem opravilu, 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, navedite ime PP: Zapisnik: <input type="checkbox"/> NE <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?	<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, vzrok: <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, priložite medicinsko dokum.)	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, katero:		
Ali imate še kakšno drugo nezgodno zavarovanje pri naši ali drugi zavarovalnici?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, številka police: Zavarovalnica:		

5. 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:

6. PRILOGE

vsa zdravniška dokumentacija od prvega obiska zdravnika do zaključka zdravljenja

fotokopija zdravstvenega kartona v delu zdravljenja nezgode (če je zdravljenje potekalo le ambulantno)

potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela

odločbe Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije v primeru trajanja bolniškega staleža nad 30 dni

potrdilo Zavoda RS za zaposlovanje v primeru brezposelnih oseb

dokazilo o izvajanju fizikalne terapije

vozniško in prometno dovoljenje (v primeru prometne nesreče)

policijski zapisnik, če je primer obravnavala policija

V primeru smrti dostavite 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:

7. IZJAVA

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 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:

8. POTRDILO ZOBOZDRAVNIKA (izpolnite v primeru poškodbe zob)

Opis poškodb, ki jih je utrpela zavarovana oseba:

Ali gre za poškodbo stalnega zoba (otroci)?

NE

DA

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

NE

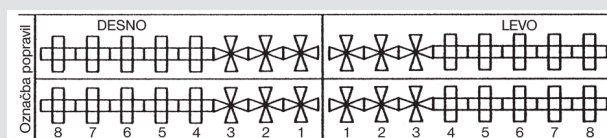
DA

Opis morebitnih posledic in pripombe zobozdravnika:

.....

.....

.....



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