



GENERALI zavarovalnica d.d.
 Kržičeva ulica 3, SI – 1000 Ljubljana
 T +386 (0)1 47 57 100, 080 70 77
 info.si@generali.com
 generali.si

Prijava zavarovalnega primera oprostitve plačila premije

Škodni spis št.:

Polica št.:

Oprostitev plačila premije prijavljam zaradi (ustrezno označite):

<input type="checkbox"/> delovne nezmožnosti	<input type="checkbox"/> trajne invalidnosti zaradi nezgode	<input type="checkbox"/> brezposelnosti
Polica krije tudi nadomestilo za primer delovne nezmožnosti ali brezposelnosti		<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA

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:	Kraj:
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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

IZPOLNITE V PRIMERU DELOVNE NEZMOŽNOSTI ALI TRAJNE INVALIDNOSTI ZARADI NEZGODE

Datum začetka bolniškega staleža:	
Do katerega datuma bo bolniški stalež predvidoma trajal?	
Delovna nezmožnost je nastala zaradi:	<input type="checkbox"/> nezgode <input type="checkbox"/> bolezni <input type="checkbox"/> drugo

Delovna nezmožnost v primeru bolezni

Naziv bolezni:	
Datum začetka zdravljenja bolezni:	
Osebni zdravnik (ime in priimek, zdravstvena ustanova):	

Delovna nezmožnost in trajna invalidnost v primeru nezgode

Kdaj je nezgoda nastala?	Kraj:	Datum:	Ura:
Točen opis nastanka nezgode: (pri katerem opravilu, na kakšen način, vzrok nezgode)			
Opis poškodbe:			
Datum prvega pregleda pri zdravniku in zdr. 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 bili pred nezgodo sposobni za delo? (če je odgovor NE, navedite vzrok in priložite medicinsko dokumentacijo)	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA	

Ali ste pred nezgodo na tem delu telesa že imeli kakšno telesno pomanjkljivost, enako ali podobno poškodbo oz. se zdravili zaradi bolezni? (če je odgovor DA, navedite kaj in priložite medicinsko dokumentacijo)	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA
--	---

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

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

IZPOLNITE V PRIMERU BREZPOSELNOSTI

Datum pričetka brezposelnosti:	
Naziv in naslov zadnjega delodajalca:	
Koliko časa neprekinjeno ste bili zaposleni pri zadnjem delodajalcu?	
Delovni čas:	<input type="checkbox"/> poln delovni čas <input type="checkbox"/> skrajšan delovni čas
Oblika pogodbe o delu:	<input type="checkbox"/> nedoločen čas <input type="checkbox"/> določen čas od do
Ali ste prijavljeni na Zavodu za zaposlovanje?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA od dne
Ali prejimate denarno nadomestilo za brezposelnost?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA

PRILOGE

<p>1. Delovna nezmožnost in trajna invalidnost:</p> <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"/> vsa zdravniška dokumentacija, pridobljena v času zdravljenja <input type="checkbox"/> vozniško in prometno dovoljenje (v primeru prometne nesreče) <input type="checkbox"/> policijski zapisnik (če je dogodek obravnavala policija)
<p>2. Brezposelnost:</p> <input type="checkbox"/> pogodba o zaposlitvi pri zadnjem delodajalcu <input type="checkbox"/> pisna odpoved ali potrdilo zadnjega delodajalca z navedenimi odpovednimi razlogi <input type="checkbox"/> potrdilo Zavoda za zaposlovanje o prijavi v evidenco brezposelnih oseb, iz katere je razvidno, koliko časa je zavarovana oseba že neprekinjeno prijavljena kot brezposelna oseba in obdobje prejemanja denarnega nadomestila <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:	Podpis predstavnika zavarovalnice: