



Škodni spis št.

Polica št.

1. VZROK PRIJAVEOprostitev plačila premije prijavljam zaradi: Delovne nezmožnost Trajne invalidnosti zaradi nezgode Brezposelnosti

Polica krije tudi nadomestilo za primer delovne nezmožnosti ali brezposelnosti:

 NE
 DA**2. PODATKI O ZAVAROVALCU**

Ime in priimek/naziv:

Tel. št.:

3. PODATKI O ZAVAROVANI OSEBI

Ime in priimek:

EMŠO:

Davčna številka:

Ulica in hišna številka:

Poštna št. in kraj:

Država:

Elektronski naslov:

Tel. št.:

Delo, ki ga opravljate:

Zaposlen/-a pri:

Naziv banke:

TRR: **SI56****4. PODATKI O 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:

 Bolezen Nezgoda
 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 NEZGODETočen opis nastanka nezgode:
(pri katerem opraviilu, na kakšen način, vzrok nezgode)

Opis poškodbe:

Datum prvega pregleda pri zdravniku in zdravstvena ustanova:

Ali je nezgodo obravnavala policija? Katera?

 NE
 DA, PP zapisnik: DA

Ali ste neposredno pred nezgodo uživali alkoholne pijače?

 NE DA

Navedite priče nezgode (ime, priimek, naslov, tel.št.):

Ali ste bili pred nezgodo sposobni za delo?

 NE (navedite vzrok in priložite zdravstveno dokumentacijo):
.....
 DA

Ali ste pred nezgodo na tem delu telesa že imeli kakšno telesno pomanjkljivost, enako ali podobno poškodbo oz. se zdravili zaradi bolezni?

 NE
 DA (navedite kaj in priložite medicinsko dokumentacijo):
.....

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. PODATKI 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 RS?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, od dne:
Ali prejemate denarno nadomestilo za brezposelnost?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA

7. PRILOGE**1. Delovna nezmožnost in trajna invalidnost:**

- Potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela
 Odločbe Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije v primeru trajanja bolniškega staleža nad 30 dni
 Vsa zdravstvena dokumentacija, pridobljena v času zdravljenja
 Fotokopija vozniškega in prometnega dovoljenja (v primeru prometne nesreče)
 Policijski zapisnik (če je dogodek obravnavala policija)

2. Brezposelnost:

- Pogodba o zaposlitvi pri zadnjem delodajalcu
 Pisna odpoved ali potrdilo zadnjega delodajalca z navedenimi odpovednimi razlogi
 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
 Drugo:

8. IZJAVA

Izjavljam, da so vse navedbe v obrazcu resnične, pravilne in popolne. Ugotovljena neresničnost mojih navedb ima lahko poleg zavrnitve izplačila zavarovalnine tudi znake kaznivega dejanja, na kar sem bil/-a ob izpolnjevanju tega obrazca izrecno opozorjen/-a. Seznanjen/-a sem, da lahko GENERALI zavarovalnica d. d. pridobi od zdravstvenih ustanov, organov pregona in drugih državnih organov vso zdravstveno in drugo dokumentacijo, ki je potrebna za ugotovitev temelja in višine obveznosti zavarovalnice. Informacija o obdelavi osebnih podatkov je dostopna na www.generali.si/vop.

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