



Škodni spis št.

Polica št.

436

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:	Kraj:
Elektronski naslov:	Tel. št.:	

3. PODATKI O PREJEMNIKU NAKAZILA

Sorodstveno razmerje do zavarovane osebe:		
Ime in priimek/Naziv:	Rojstni datum/Matična št.:	Davčna številka:
Ulica in hišna številka:	Št. pošte:	Kraj:
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"/> <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 opraviilu, na kakšen način, vzrok nezgode)		
Opis poškodbe:		
Navedite, kdo je osebni zdravnik zavarovane osebe (ime in priimek zdravnika ter zdravstvena ustanova):		
Datum prvega pregleda pri zdravniku in zdr. ustanova:		
Ali je nezgodo obravnavala policija? Katera?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, navedite ime PP:, zapisnik: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		
Ali je zavarovana oseba neposredno pred nezgodo uživala alkoholne pijače?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA		
Navedite priče nezgode (ime, priimek, naslov, tel. št.):		
Je bila zavarovana oseba odsotna iz vrtca, šole, predavanj?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, od dne do dne od dne do dne		
Ali je bila zavarovana oseba pred nezgodo zdrava? (če je odgovor NE, navedite vzrok in priložite medicinsko dokumentacijo)	<input type="checkbox"/> NE, vzrok: <input type="checkbox"/> DA		
Ali je zavarovana oseba na tem delu telesa že imela telesno pomanjkljivost, enako ali podobno poškodbo oz. se zdravili zaradi bolezni?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, katero:		
Ali ima zavarovana oseba 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)
- dokazilo o statusu študenta oz. brezposelne osebe
- 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 moje izjave 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:

8. POTRDILO ZOBOZDRAVNIKA (izpolnite v primeru poškodbe zob)

Opis poškodb, ki jih je utrpela zavarovana oseba:

Ali gre za poškodbo stalnega zoba?

-
- NE
-
-
- DA

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

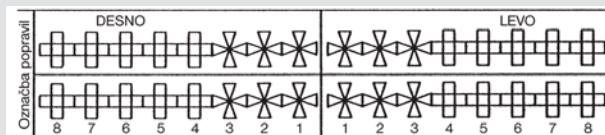
-
- NE
-
-
- DA

Opis morebitnih posledic in pripombe zobozdravnika:

.....

.....

.....



Kraj in datum:

Žig in podpis zobozdravnika: