



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:	Poštna št. in kraj:	Država:
Elektronski naslov:	Tel. št.:	
Delo, ki ga opravljate:	Zaposlen/-a 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:	Poštna št. 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 opraviilu, 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 dokumentacijo)	<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 je odgovor DA, priložite zdravstveno dokumentacijo.)	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, katero:		

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

<input type="checkbox"/> Vsa zdravstvena dokumentacija od prvega obiska zdravnika do zaključka zdravljenja
<input type="checkbox"/> Fotokopija zdravstvenega kartona v delu zdravljenja nezgode (če je zdravljenje potekalo le ambulantno)
<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"/> Potrdilo Zavoda RS za zaposlovanje v primeru brezposelnih oseb
<input type="checkbox"/> Dokazilo o izvajanju fizikalne terapije
<input type="checkbox"/> Fotokopija vozniškega in prometnega dovoljenja (v primeru prometne nesreče)
<input type="checkbox"/> Policijski zapisnik, če je primer obravnavala policija

V primeru smrti dostavite še:

<input type="checkbox"/> izpisek iz matične knjige umrlih
<input type="checkbox"/> dokazilo o vzroku smrti (obrazec Statističnega urada RS)
<input type="checkbox"/> sklep o dedovanju (če so kot upravičenci določeni zakoniti dediči)

Drugo:

.....

.....

7. 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.generalisi.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:	
---------------------------------------------------	--

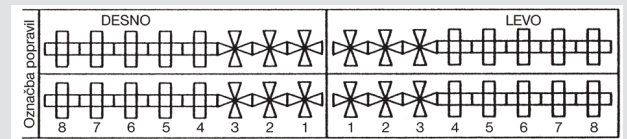
Ali gre za poškodbo stalnega zoba (otroci)?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA
---------------------------------------------	------------------------------------------------------------

Ali je bil poškodovan zob pred nezgodo zdrav (ni bil predhodno zdravljen)?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA
----------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------

Opis morebitnih posledic in pripombe zobozdravnika:

.....

.....



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