

# PRIJAVA ZAVAROVALNEGA PRIMERA OPROSTITVE PLAČILA PREMIJE



Škodni spis št.

Polica št.

436

## 1. VZROK PRIJAVE

Oprostitev 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:

Št. pošte in kraj:

Država:

Elektronski naslov:

Tel. št.:

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 NEZGODE

Točen opis nastanka nezgode:  
(pri katerem opravi, na kakšen način, vzrok nezgode)

Opis poškodbe:

Datum prvega pregleda pri zdravniku in zdr. 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 medicinsko 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 (izpolnite 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?	<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 zdravniška dokumentacija, pridobljena v času zdravljenja  
 vozniško in prometno dovoljenje (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. 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](http://www.generali.si/vop).

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