

ŽZ14 PRIJAVA NEZGODE

PODATKI O ZAVAROVALCU

Izpolnite z VELIKIMI TISKANIMI ČRKAMI. Ustrezno označite s .

Ime in priimek/Naziv podjetja:	Telefonska številka, E-naslov:
Naslov/Sedež (V primeru stalnega in začasnega naslova, navedite oba.):	<input type="checkbox"/> stalni <input type="checkbox"/> začasni

PODATKI O ZAVAROVANCU

Ime in priimek:	Telefonska številka, E-naslov:
Naslov/Sedež (V primeru stalnega in začasnega naslova, navedite oba.):	<input type="checkbox"/> stalni <input type="checkbox"/> začasni
Datum, kraj in država rojstva:	Davčna številka:
Poklic zavarovanca ob nezgodi:	Naziv in naslov delodajalca:

PODATKI O NEZGODI

Prosimo, da na vprašanja odgovorite izčrpno!

Datum, ura in kraj nezgode (naslov):
Izčrpen in jasen opis nezgode:
Pri kakšnem opravilu je nezgoda nastala?
Zaradi katerega vzroka je nezgoda nastala?
Natančen opis poškodb zaradi nezgode:
Navedite naslov in ime in priimek lečečega zdravnika:
Ali ste neposredno pred nezgodo uživali alkoholne pijače, mamila ali zdravila? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
V kolikor DA, prosimo navedite kaj, kdaj in koliko?
Ali je nezgodo obravnavala policija (katera policijska postaja)? <input type="checkbox"/> DA, <input type="checkbox"/> NE
Imena in naslovi oseb, ki so bile priče nezgode:

ZDRAVSTVENA PRIZADETOST PRED NEZGODO

Ali ste pred to nezgodo na sedaj poškodovanem delu telesa že zdravili zaradi poškodbe ali obolenja (Priložite medicinsko dokumentacijo)? Npr: zlomi, izguba ali zmanjšana uporaba okončin, zmanjšanje vid, zmanjšanje sluh, epilepsija, diabetes, težave s hrbtenico, težave s srcem itn.:
Ali je poškodba nedvoumno nastala zaradi te nezgode? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
Drugi vzroki (npr. obstoječe bolezni):

POSLEDICE NEZGODE

Ali vi oziroma zdravnik predvideva, da boste imeli trajne posledice? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
Prosimo navedite, katero?

PRVA ZDRAVNIŠKA POMOČ

Datum, ura in kraj (naslov):
Navedite ime in priimek zdravnika, ki je nudil prvo zdravniško pomoč?

OBRNITE LIST

ZDRAVLJENJE V BOLNIŠNICI

Ime in naslov bolnišnice?	Način zdravljenja?
.....	<input type="checkbox"/> ambulantno od: do:
	<input type="checkbox"/> stacionarno od: do:

NESPOSOBNOST ZA DELO

Ali ste bili zaradi nezgode nesposobni za delo pri zaposlitvi?	<input type="checkbox"/> popolnoma Kako dolgo?
	<input type="checkbox"/> deloma Kako dolgo?

NEZGODA Z MOTORNIM VOZILOM

Ime in priimek voznika:		
Številka voznškega dovoljenja:	Izdana dne:	Kategorija:
Ali je nezgodo obravnavala policija?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Katera policijska postaja?		
Navedite ime in priimek povzročitelja:		
Podatki o vozilu:	<input type="checkbox"/> osebno vozilo	<input type="checkbox"/> tovorno vozilo
	<input type="checkbox"/> motor	<input type="checkbox"/> moped
		<input type="checkbox"/> drugo
Znamka:	Registrska številka:	Številka šasije:
Podatki o vseh ostalih udeležencih prometne nesreče (ime in priimek, naslov):		

PRILOGE

<input type="checkbox"/> Zdravniška dokumentacijo o nezgodi in poteku zdravljenja	<input type="checkbox"/> Zapisnik o alkoholiziranosti
<input type="checkbox"/> Kopije potrdil o upravičeni zadržanosti z dela za vsak mesec posebej	
<input type="checkbox"/> Kopije odločb ZZZS gledečasne nezmožnosti za delo	
<input type="checkbox"/> Kopija voznškega dovoljenja v primeru prometne nesreče (obe strani)	

PODATKI O DRUGIH OBSTOJEČIH ŽIVLJENJSKIH ALI NEZGODNIH ZAVAROVANJIH

Vrsta pogodbe in številka police:	Ime zavarovalnice:
---	--------------------------

UPRAVIČENEC (v kolikor ni ista oseba kot zavarovalec)

Ime in priimek/Naziv podjetja:	Telefonska številka, E-naslov:
Naslov/Sedež (V primeru stalnega in začasnega naslova, navedite oba.):	<input type="checkbox"/> stalni <input type="checkbox"/> začasni
Datum, kraj in država rojstva/Matična številka:	Davčna številka/ID za DDV:
Vrsta osebne dokumenta:	Številka dokumenta:
Velja od:	Velja do:
UE, ki je dokument izdala:	

NAKAZILO

Točen naziv banke:
SI56
Nakazilo je mogoče izvesti le na TRR, nakazilo na varčevalni račun ni mogoče!

Izjavljam, da sem na vprašanja odgovoril resnično in popolno. Pooblaščam in dovoljujem Wiener Städtische Versicherung AG Vienna Insurance Group, da poizveduje in ima vpogled v vse akte, ki so potrebni za ugotovitev temelja obveznosti zavarovalnice.

Kraj, Datum	Podpis Zavarovalec/Upravičenec (ime in priimek ter podpis) (ime in priimek ter podpis zakonitega zastopnika in žig družbe)	Podpis Zastopnik/Posrednik (ime in priimek ter podpis)
-------------	--	---

POTRDILO ZAVAROVALCA (IZPOLNI PODJETJE OZIROMA DRUŠTVO):

_____ je delavec podjetja oz. član društva neprekinjeno od _____
(ime in priimek zavarovane osebe)

Na dan nezgode je bil zaposlen kot _____ in je opravljal/a dela _____
(naziv delavnega mesta) (natančen opis delovnih nalog)

Zaradi nezgode je odsoten z dela od _____ do vključno _____.

Zavarovan je s polico nezgodnega zavarovanja št. _____. Za zavarovanca smo nakazali zadnjo premijo pred nezgodo za mesec _____ v znesku _____ EUR, dne _____.

Kraj, Datum	Podpis (ime in priimek ter podpis zakonitega zastopnika in žig družbe/društva)
-------------	---