

Prijava nezgode

Številka/e polic/e:

Zavarovanec (zavarovana oseba):

ime in priimek:, datum rojstva:

naslov stalnega bivališča:, davčna številka:

e-naslov:, tel. številka:

Spol: ☐ moški, ☐ ženska.

Status zavarovanca ob nezgodi: ☐ zaposleni, ☐ upokojenec, ☐ brezposelni, ☐ ostalo (navedite):

Organizacija, v kateri je zavarovanec zaposlen oziroma je njen član:

Kakšno delo opravlja (opis delovnih nalog)?

Zavarovanec je tudi zavarovalec: ☐ da ☐ ne

Zavarovalec (sklenitelj zavarovanja) (izpolnite le, če zavarovanec ni tudi zavarovalec):

ime in priimek / naziv pravne osebe:

naslov:

e-naslov:, tel. številka:

Podatki o nezgodi:

nezgoda se je zgodila dne:, ob uri, v kraju:

Točen opis nezgodnega dogodka - kako, zakaj in pri kakšnem opraviu je nezgoda nastala?

.....
.....
.....

Datum prvega pregleda po nezgodi:, kraj:, naziv zdravstvene ustanove ob tem pregledu:

.....

Čas odsotnosti od dela zaradi nezgode (zaposleni) oziroma čas prehodne nesposobnosti za delo (upokojenci, brezposelni, ostali):

od do

Ali je bil dogodek prijavljen policiji in katera policijska postaja ga je obravnavala?

Ali se je nezgoda zgodila v prometni nesreči? ☐ da ☐ ne

Podatki o vozniku (izpolnite v primeru prometne nesreče):

ime in priimek voznika vozila:, registrska oznaka vozila:

številka vozniškega dovoljenja:, kategorija:, datum opravljenega izpita za kategorijo:

veljavnost vozniškega dovoljenja:

Izplačilo zavarovalnine naj se izvede na račun - upravičenec:

ime in priimek lastnika računa:, naslov stalnega prebivališča:

št. računa: SI56

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

, odprt pri banki:

davčna številka:, številka osebnega dokumenta:

V primeru, da je upravičenec mlajši od 15 let se zavarovalnina nakaže na njegov račun oziroma na račun starša ali skrbnika, če je starejši od 15 let se nakaže na njegov račun oz. z njegovim pisnim soglasjem na račun starša ali skrbnika.

Prosimo, da ob prijavi nezgode predložite vso zdravniško in ostalo dokumentacijo v zvezi z nezgodo po seznamu, ki je naveden na hrbtni strani tega obrazca.

Prosimo, da ob prijavi nezgode predložite vso zdravniško in ostalo dokumentacijo v zvezi z nezgodo po spodaj navedenemu seznamu:

- a) Za uveljavljanje zavarovalnine za primer trajne invalidnosti / dnevnega nadomestila / nadomestila za bolnišnični dan / stroškov zdravljenja / mesečne nezgodne rente:
- ☐ fotokopije vseh specialističnih izvidov zdravljenja pridobljenih v času zdravljenja,
 - ☐ fotokopijo kartončka fizikalne terapije, če je bilo odrejeno razgibavanje pod strokovnim vodstvom,
 - ☐ fotokopijo Potrdila o upravičeni zadržanosti od dela,
 - ☐ fotokopijo sklepa ZZS o podaljšanju bolniškega staleža,
 - ☐ opis stanja zoba pred in ob poškodbi s strani lečečega stomatologa (v primeru poškodbe zoba)*,
 - ☐ originalni račun stroškov zdravljenja,
 - ☐ potrdilo o statusu zavarovanca (potrdilo o brezposelnosti, potrdilo Zavoda za zaposlovanje ali potrdilo o vključenosti v obvezno zdravstveno zavarovanje).
- b) Za uveljavljanje zavarovalnine za primer težjih poškodb / zlomov, izpahov, opeklin in ostalih poškodb / operacij po nezgodi / nadomestila za bolnišnični dan / oskrbe po nezgodi / fizioterapevtskega zdravljenja:
- ☐ kopijo zdravniške dokumentacije, iz katere je razvidna poškodba oz. diagnoza oz. operacija*,
 - ☐ fotokopijo kartončka fizikalne terapije, če je bilo odrejeno razgibavanje pod strokovnim vodstvom,
 - ☐ opis stanja zoba pred in ob poškodbi s strani lečečega stomatologa (v primeru poškodbe zoba)*.
- c) Za uveljavljanje zavarovalnine za primer nezgodne smrti / smrti zaradi bolezni:
- ☐ poročilo o vzroku smrti oz. odpustno pismo iz bolnišnice oz. celoten obdukcijski zapisnik, iz katerega je razviden vzrok smrti,
 - ☐ izpisek iz matične knjige umrlih,
 - ☐ pravnomočni sklep o dedovanju, v kolikor upravičenec ni določen na polici.

* Zdravniškega potrdila ne potrebujemo in stroškov zanj ne povrnemo.

Zavarovalnici dajem izrecno soglasje, da pri zdravnikih in zdravstvenih ustanovah, za namen obravnave zavarovalnega primera iz nezgodnega zavarovanja, pridobi podatke in dokumentacijo o mojih predhodnih poškodbah in zdravstvenem stanju, vrsti telesnih poškodb, trajanju zdravljenja in posledicah.

Soglašam, da Zavarovalnica Triglav, d.d., moj zahtevek obravnava po vseh policah, ki vsebujejo kritje za nezgodo.

☐ da ☐ ne

Soglašam, da Zavarovalnica Triglav, d.d. vse dokumente, obvestila in poizvedbe v zvezi s tem škodnim primerom posreduje v elektronski obliki na e-naslov zavarovanca oz. starša ali skrbnika v primeru mladoletne osebe, zapisan uvodoma med podatki zavarovanca.

☐ da ☐ ne

Podpisani izjavljam, da so vsi navedeni podatki resnični. Zavestno neresnično navajanje podatkov lahko pomeni kaznivo dejanje goljufije po 2. odstavku 211. člena Kazenskega zakonika KZ-1 in ima lahko za posledico izgubo zavarovalnih pravic.



Zavarovalnica Triglav, d.d., osebne podatke s tega obrazca obdeluje izključno v zvezi z reševanjem zavarovalnega primera v skladu in na podlagi določil Zakona o zavarovalništvu. Zahtevo za uveljavljanje pravic v zvezi z obdelavo podatkov lahko pošljete na: info@triglav.si ali Zavarovalnica Triglav, d.d., Miklošičeva cesta 19, Ljubljana, ali izpolnite spletni obrazec na www.triglav.si. Osnovne informacije o obdelavi osebnih podatkov pri reševanju zavarovalnega primera so dostopne preko spodnje povezave oziroma QR kode. Celovite informacije o varstvu osebnih podatkov so objavljene v Politiki zasebnosti Zavarovalnice Triglav na spletni strani www.triglav.si.

Osnovne informacije o obdelavi osebnih podatkov pri sklepanju in izvajanju zavarovanj:
https://www.triglav.si/pdf/informacije_o_obdelavi_osebnih_podatkov.pdf

Kraj, dne

.....
Podpis zavarovanca

.....
Podpis upravičenca

Le s popolno izpolnjeno prijavo ter predložitvijo vseh potrebnih dokumentov bo vaš zahtevek lahko hitro in ustrezno rešen v vaše in naše zadovoljstvo.