



ZAHTEVEK ZA IZPLAČILO ZAVAROVALNINE IZ NEZGODNEGA ZAVAROVANJA IN ZAVAROVANJA NADOMESTIL

(izpolni zavarovalnica)

ŠTEVILKA PRIJAVE: _____

ŠTEVILKA POLICE/ DODATKA: _____

OZNAKA ZAVAROVANJA: _____

V želji, da bi hitro in učinkovito obravnavali vaš zahtevek, vas prosimo, da upoštevate sledeče:

- zahtevek izpolnite v celoti in čitljivo z velikimi tiskanimi črkami,
- v primeru, da uveljavljate vračilo zavarovalnine iz več različnih zavarovanj za isti škodni dogodek izpolnite le en obrazec,
- priložite vso dokumentacijo, ki se navezuje na škodni dogodek in je navedena v poglavju Priloge,
- zahtevek izpolnite za vsakega zavarovanca posebej,
- zahtevek mora biti izpolnjen in podpisan s strani polnoletnega zavarovanca, ki je utrpel škodo; za mladoletnega zavarovanca, pa mora biti izpolnjen in podpisan s strani zavarovančevega zakonitega zastopnika,
- v kolikor želite, da se zavarovalnina nakaže drugi osebi, vas prosimo, da izpolnite izjavo o odstopu zavarovalnine.

1. PODATKI O ZAVAROVANCU, ki je utrpel škodo

Ime in priimek: _____ Datum rojstva: _____

Naslov: _____

E-naslov: _____ Telefon: _____

Delovno mesto in kakšno delo opravljate _____
(točen opis delovnih nalog): _____

2. UPRAVIČENEC (izpolnite v primeru, če ni ista oseba kot zavarovanec):

Ime in priimek: _____ Datum rojstva: _____

Naslov: _____ Davčna št.: _____

E-naslov: _____ Telefon: _____

3. PODATKI O BOLEZNI ALI NEZGODI

Vrsta bolezni:		Datum nastanka bolezni:	
Kraj nezgode (naslov oz. opis kraja in prostora):		Datum in ura nezgode:	

(Izpolnite le v primeru nezgode. Pri vprašanjih na katera boste odgovorili z DA, obvezno odgovorite še na drugi del vprašanja.)

Opis dogodka: – natančen opis okoliščin nastanka nezgode, – pri katerem opravilu je nezgoda nastala in – zaradi katerega vzroka:	
Zdravnik ali ustanova, ki je nudila prvo pomoč/opravila prvi pregled po nezgodi, kje in kdaj? (navedite tudi ime in priimek zdravnika)	
Ali je nezgodo obravnavala policijska postaja, katera in kdaj?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA,
Imena in naslovi oseb, ki so bili priče nezgodi:	
Ali je bil po nezgodi opravljen test alkoholiziranosti oziroma odrejen odvzem krvi?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA
Naštejte posledice oz. poškodbe, ki ste jih pridobili ob nezgodi:	



4. PODATKI O ZDRAVLJENJU IN ZDRAVSTVENEM STANJU

Kje ste se zdravili zaradi navedene bolezni ali nezgode: - v kateri ambulanti (zdravstvenem domu), - v kateri bolnišnici?	
Ali zdravnik predvideva, da boste imeli trajne posledice?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA
Ali ste se pred to nezgodo že zdravili zaradi poškodbe ali obolenja na sedaj poškodovanem delu telesa ? Kdaj in kakšna je bila poškodba; kakšne posledice so vam ostale?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA,
Ste imeli pred nezgodo že kakšno bolezen, telesno hibo, pomanjkljivost ali invalidnost? Od kdaj in v kakšni obliki?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA,
Ali ste se za posledicami te bolezni oz. nezgode zdravili že pred sklenitvijo zavarovanja?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA
Imate sklenjeno nezgodno zavarovanje tudi pri kakšni drugi zavarovalnici? Pri kateri?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA,

Obdobje prehodne nezmožnosti za delo:	Obdobje zdravljenja v bolnišnici/zdravilišču zaradi nezgode/bolezni:												
<table border="1"><thead><tr><th>Datum začetka nezmožnosti</th><th>Datum konca nezmožnosti</th><th>Število dni bolniške odsotnosti</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> <p>Diagnoza zdravljenja:</p> <p>Obvezno priložite potrdilo o upravičeni odsotnosti z dela (bolniški list)!</p>	Datum začetka nezmožnosti	Datum konca nezmožnosti	Število dni bolniške odsotnosti				Ime ustanove: _____ <table border="1"><thead><tr><th>Datum začetka</th><th>Datum konca</th><th>Število dni zdravljenja</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> <p>Diagnoza zdravljenja:</p> <p>Obvezno priložite odpustnico!</p>	Datum začetka	Datum konca	Število dni zdravljenja			
Datum začetka nezmožnosti	Datum konca nezmožnosti	Število dni bolniške odsotnosti											
Datum začetka	Datum konca	Število dni zdravljenja											

5. PODATKI V PRIMERU ROJSTVA OTROKA

Ime in priimek otroka: _____
Datum rojstva otroka: _____ Številka ZZS otroka: _____

6. PODATKI V PRIMERU SMRTI

Ali obstaja sum, da je smrt povzročila tretja oseba?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA
Ali obstaja sum samomora?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA
Ali je bila uvedena preiskava? Če je bila, katera ustanova jo vodi?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA,
Ali je bila opravljena obdukcija? Če je bila, kje in v kateri ustanovi?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA,

7. PRILOGE

Prilagam naslednjo dokumentacijo (ustrezno označite ali dopolnite):

V primeru zdravljenja:	V primeru smrti:
<input type="checkbox"/> izvide zdravljenja (obvezno)	<input type="checkbox"/> izvornik izpisa iz matične knjige umrlih (obvezno)
<input type="checkbox"/> zdravstveni karton s pripadajočimi izvidi zdravljenja (na zahtevo zdravnika cenzorja)	<input type="checkbox"/> odpustno pismo iz bolnišnice (v primeru, da je zavarovanec umrl v bolnišnici)
<input type="checkbox"/> odpustnico iz bolnišnice ali zdravilišča (obvezno, če se je zavarovanec v takšni ustanovi zdravil)	<input type="checkbox"/> zdravniško potrdilo o vzroku smrti (v primeru smrti zavarovanca izven bolnišnice)
<input type="checkbox"/> karton fizikalne terapije (če je bila predpisana)	<input type="checkbox"/> obdukcijski zapisnik (če je bila opravljena obdukcija)
<input type="checkbox"/> potrdilo o upravičeni zadržanosti z dela	<input type="checkbox"/> fotokopijo policijskega zapisnika
<input type="checkbox"/> fotokopijo vozniškega dovoljenja (obe strani) (obvezno v primeru prometne nezgode)	<input type="checkbox"/> sklep o dedovanju (če na polici ni naveden upravičenec)
<input type="checkbox"/> drugo: _____	<input type="checkbox"/> drugo: _____



8. NAKAZILO ZAVAROVALNINE

Izplačilo zavarovalnine želim prejeti (ustrezno označite in dopolnite):

na osebni račun št. **SI56** _____,
odprt pri banki: _____.
Imetnik računa: _____

v dobro imetje za prihodnje premije.

9. IZJAVA O ODSTOPU ZAVAROVALNINE (izpolnite v primeru, če želite, da se zavarovalnina nakaže drugi osebi)

Podpisani/a _____, rojen/a _____,
Ime in priimek Datum rojstva

odstopam zavarovalnino, do katere sem upravičen/a v skladu s sklenjeno zavarovalno pogodbo, v korist

Ime in priimek, naslov/Naziv pravne osebe, naslov Davčna številka

in izjavljam, da zavarovalnine kasneje ne bom terjal od zavarovalnice.

Kraj in datum

Podpis zavarovanca oz. njegovega zakonitega zastopnika

Izjavljam, da sem prijavil vse okoliščine v zvezi s škodnim dogodkom, da sem predložil vse račune in vso dokumentacijo v zvezi s škodnim dogodkom in da so vsi navedeni podatki in dokumentacija resnični in popolni. Pooblaščam zavarovalnico, da ima pravico vpogleda v mojo medicinsko dokumentacijo, da lahko preveri upravičenost tega zahtevka. Če zavarovalnica ugotovi neresničnost v podatkih ali nepopolnost podatkov in dokumentacije v zvezi s škodnim dogodkom, ima pravico ta zahtevek odkloniti.

Pooblaščam zavarovalnico, da do višine izplačane zavarovalnine in iz naslova tega zahtevka v mojem imenu in za svoj račun uveljavlja regresni zahtevek proti tretji osebi, ki je odgovorna za nastanek škodnega dogodka ali je zavezana za povračilo stroškov storitev, ki so bile opravljene zaradi nastopa škodnega dogodka.

Pooblaščam zavarovalnico, da do višine izplačane zavarovalnine iz naslova tega zahtevka v mojem imenu in za svoj račun uveljavlja povračilo stroškov zdravstvenih storitev, katerih povračilo lahko po veljavnih predpisih Republike Slovenije uveljavljam iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Kraj in datum

Podpis zavarovanca oz. njegovega zakonitega zastopnika

SAMO za kolektivno nezgodno zavarovanje

POTRDILO O ODSOTNOSTI Z DELA (OBRAZEC IZPOLNI DELODAJALEC!)

Zavarovanec _____, datum rojstva _____, po poklicu ob
nezgodi _____, je bil zaradi nezgode odsoten z dela
od _____ do vključno _____.

Skrajšan delovni čas je imel od _____ do vključno _____.

Kraj in datum

Žig in podpis podjetja, društva

Izpolni Vzajemna zdravstvena zavarovalnica

Enota: _____

Sprejeto dne: _____

Obrazec sprejel: _____

Podpis delavca Vzajemne

Opombe/zabeležke: _____

Podatki o prijavah, vezanih na ta zahtevek:

ŠTEVILKA PRIJAVE: _____

ŠTEVILKA PRIJAVE: _____

ŠTEVILKA PRIJAVE: _____

ŠT. POLICE/ DODATKA: _____

ŠT. POLICE/ DODATKA: _____

ŠT. POLICE/ DODATKA: _____

OZNAKA ZAVAROVANJA: _____

OZNAKA ZAVAROVANJA: _____

OZNAKA ZAVAROVANJA: _____



Obrazec natisnite, izpolnite in nam ga podpisanega skupaj s priloženo dokumentacijo prinesite na vam najbližjo poslovalnico (glejte Poslovna mreža) ali pošljite na spodaj navedeni naslov:

VZAJEMNA d.v.z.
Oddelek za obdelavo škod zavarovancev
Mala ulica 5
1000 LJUBLJANA

V primeru, da želite imeti en izvod podpisanega obrazca, nam posredujte dva podpisana izvoda in vam bomo enega vrnili.