

## Prijava nezgode

Zavarovalec: \_\_\_\_\_ Št. police: \_\_\_\_\_

Elektronski naslov: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Davčna številka zavarovalca: \_\_\_\_\_

1. a) Ime in priimek zavarovanca b) Davčna številka zavarovanca: c) Datum in kraj rojstva d) Točen naslov e) Številka in naziv pošte f) Elektronski naslov g) Poklic zavarovanca h) Zaposlen v i) Kakšno delo opravlja (opis delovnih nalog)	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____ g) _____ h) _____ i) _____
2. Kdaj se je nezgoda pripetila (datum in ura)?	_____
3. Točen opis nezgodnega dogodka: - v katerem kraju se je nezgoda pripetila? - pri kakšnem opraviilu? - zaradi katerega vzroka? <b>Opis naj bo čim bolj izčrpen in jasen.</b>	_____ _____ _____ _____
4. Točen opis poškodb zaradi nezgode:	_____
5. Ali ste pred nezgodo pili alkoholne pijače? Kdaj, kje, kakšne in koliko?	_____
6. Ali ste bili pred nezgodo sposobni za delo? (če je odgovor NE, navedite vzrok in priložite medicinsko dokumentacijo)	_____
7. Ali ste bili pred nezgodo v zdravniški oskrbi? (če je odgovor DA, navedite vzrok in priložite medicinsko dokumentacijo)	_____
8. Imena in naslovi oseb, ki so bile priče nezgode:	_____
9. Ali je bila zaradi nezgode uvedena preiskava policije oziroma katerega drugega organa?	_____
10. Ali razpolagate s fotografijami s kraja dogodka?	_____
11. Podatki o drugih voznikih, ki so bili udeleženi pri tej prometni nezgodi: <b>Izpolniti samo za prometne nezgode.</b>	_____
12. Kateri zdravnik vam je nudil prvo pomoč? (Ime in priimek ter točen naslov)	_____
13. Datum iskanja prve zdravniške pomoči?	_____
14. Kje ste se zdravili zaradi te nezgode: a) V kateri ambulanti – zdravstvenem domu? b) V kateri bolnišnici – polikliniki?	a) _____ b) _____
15. Do katerega dne je potekalo zdravljenje?	_____
16. Ali zdravnik predvideva, da boste imeli trajne posledice?	_____
17. a) Ali ste imeli že pred to nezgodo kakšno telesno hibo, pomanjkljivost ali invalidnost na vidu (kratkovidnost, daljnovidnost, slabovidnost ipd.), sluhu, rokah in nogah, živcih in drugih organih? Od kdaj in v kakšni obliki? b) Ali ste imeli že kdaj prej enako poškodbo kot ob tej nezgodi? Katere in kakšne posledice so vam ostale?	a) _____ _____ _____ _____ b) _____ _____ _____

<p>18. a) Ali imate razširjene vene, sladkorno bolezen, revmatična obolenja, epilepsijo, obolenje dihalnih organov, srca, krvi, operativno nepopravljivo kilo? Od kdaj in v kakšni obliki?</p> <p>b) Ali ste se kdaj zdravili zaradi alkoholizma?</p> <p>c) Vaša višina in teža:</p>	<p>a) _____          _____          _____</p> <p>b) _____</p> <p>c) Višina: _____ cm      Teža: _____ kg</p>
<p>19. Ali imate sklenjeno še kakšno drugo nezgodno zavarovanje (kolektivno, življenjsko z dodatnim nezgodnim zavarovanjem)? Vpišite številko police in zavarovalnico, pri kateri je zavarovanje sklenjeno.</p>	

V primeru izplačila zavarovalnine želim nakazilo na TRR:

Imetnik: \_\_\_\_\_

Naziv banke: \_\_\_\_\_ Ekspozitura: \_\_\_\_\_

Številka TRR:

**Izjavljam, da sem na vsa vprašanja odgovoril(a) po resnici in popolno. Pooblaščam zdravnike, ki me zdravijo oz. so me zdravili ter organe, ki so opravili kakršnekoli preiskave v zvezi s to nezgodo, da smejo dati vse podatke, ki jih zahteva GRAWE zavarovalnica d.d.**

**Prosimo, da odgovorite v celoti na vsa vprašaja, ker ima namerno oz. zavestno navajanje neresničnih podatkov ali zamolčanje okoliščin, ki so pomembne za obravnavanje zavarovalnega primeru, za posledico delno ali popolno izgubo pravice do zavarovalnine.**

\_\_\_\_\_  
(Kraj, datum)

Pravilnost in resničnost gornjih podatkov potrjujeta zavarovalec in zavarovanec:

\_\_\_\_\_  
(Žig in podpis zavarovalca)

\_\_\_\_\_  
(Podpis zavarovanca - upravičenca)

**POTRDILO PODJETJA, OBRTI, DRUŠTVA (za kolektivno nezgodno zavarovanje)**

1. Ime in priimek: \_\_\_\_\_ je zaposlen(a) (član društva) neprekinjeno od \_\_\_\_\_. Na dan nezgode je bil(a) zaposlen(a) kot \_\_\_\_\_ in je opravljal(a) dela \_\_\_\_\_  
(točen opis delovnih nalog)

2. Zavarovan(a) s polico kolektivnega nezgodnega zavarovanja št.: \_\_\_\_\_

3. Zadnjo premijo pred nezgodo smo nakazali dne \_\_\_\_\_ za obdobje od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ v znesku \_\_\_\_\_ EUR.

\_\_\_\_\_  
(Kraj, datum)

\_\_\_\_\_  
(Žig in podpis podjetja, obrti, društva)

**IZJAVA ZASTOPNIKA ZAVAROVALNICE**

Kdaj ste izjavo prejeli? \_\_\_\_\_  
(Datum)

Ali sumite ali zagotovo veste, da kateri od odgovorov zavarovanca – upravičenca ni resničen? – Prosimo za utemeljitve!

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Kraj, datum)

\_\_\_\_\_  
(Žig in podpis zastopnika)