

OBMOČNA ENOTA:

Prijava nezgode

Številka/e polic/e:

Zavarovanec (zavarovana oseba):, datum rojstva:,

točen naslov:, tel. številka:,

e-naslov:, davčna številka:

Status zavarovanca ob nezgodi: zaposleni upokojenec brezposelni ostalo

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

Kakšno delo opravlja (opis delovnih nalog):

Zavarovalec (sklenitelj zavarovanja):, datum rojstva:,

točen naslov:, tel. številka:,

e-naslov:, davčna številka:

I. PODATKI O NEZGODI

1. Datum in ura nastanka nezgode: ⇒

2. Točen opis nezgodnega dogodka, predvsem: ⇒

- kraj nastanka nezgode:

- kako, zakaj in pri kakšnem opravilu je nezgoda

nastala (podrobnejši opis)?

3. Ali je bil dogodek prijavljen policiji in katera ⇒

policajska postaja ga obravnava?

4. Imena in naslovi oseb, ki so bile priče nezgode oz. ⇒

podatki o drugih voznikih, ki so bili udeleženi pri

prometni nesreči (v primeru prometne nesreče):

5. Datum in kraj prvega obiska zdravnika po nezgodi ⇒ dne:, kraj:

ter naziv zdravstvene ustanove ob tem obisku:

6. Ali zdravnik predvideva, da boste imeli trajne ⇒

posledice? Navedite katere in kakšne.

7. Ali imate še kakšno drugo obliko nezgodnega ⇒

zavarovanja (kolektivno v službi, gasilsko, zavarovanje

športnikov, življenjsko zavarovanje z dodatnim

nezgodnim zavarovanjem ipd.)?

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

- Fotokopijo vseh specialističnih izvidov zdravljenja pridobljenih v času zdravljenja.
- Fotokopijo evidence bolezni iz zdravstvene kartoteke v delu, ki se nanaša na obravnavani nezgodni dogodek.
- Fotokopijo odpustnice iz zdravilišča.
- Fotokopijo kartončka fizikalne terapije, če je bilo odrejeno razgibavanje pod strokovnim vodstvom.
- Fotokopijo Prijave poškodbe pri delu, ki jo izpolni delodajalec in zdravnik v primeru poškodbe pri delu.
- Fotokopijo Potrdila o upravičeni odsotnosti z dela (bolniški list).
- Originalno potrdilo o odsotnosti od dela (na naslednji strani), če je zavarovalec vaš delodajalec.
- Fotokopijo sklepa ZZZS o podaljšanju bolniškega staleža.
- Fotokopijo voznškega dovoljenja (obe strani) v primeru prometne nesreče.

Izjavljam, da sem na vsa vprašanja odgovoril/a po resnici in popolno. Pooblaščam zavarovalnico, da ji zdravniki in zdravstvene ustanove na njeno zahtevo dajo podatke in dokumentacijo o predhodnih poškodbah in zdravstvenem stanju, vrsti telesnih poškodb, trajanju zdravljenja in posledicah.

Informacije o varstvu osebnih podatkov v zavarovalnici so objavljene v Politiki zasebnosti na spletni strani www.triglav.si.

S podpisom na tem obrazcu izjavljam, da soglašam z možnostjo, da Zavarovalnica Triglav, d.d., vse dokumente, obvestila in poizvedbe v zvezi s tem škodnim primerom posreduje v elektronski obliki oz. po elektronski pošti na e-naslov, zapisan pod točko 1. tega obrazca.

da ne

Izplačilo zavarovalnine naj se izvede na račun:

Upravičenec:

Ime in priimek lastnika računa:
banka in številka računa:
davčna številka:, številka osebnega dokumenta:

Upravičenec:

Ime in priimek lastnika računa:
banka in številka računa:
davčna številka:, številka osebnega dokumenta:

Upravičenec:

Ime in priimek lastnika računa:
banka in številka računa:
davčna številka:, številka osebnega dokumenta:

V, dne
(podpis zavarovanca)

.....
(podpis upravičenca)

LE S POPOLNO IZPOLNJENO PRIJAVO TER PREDLOŽITVIJO VSEH POTREBNIH DOKUMENTOV BO VAŠ ZAHTEVEK LAHKO HITRO IN USTREZNO REŠEN V OBOJESTRANSKO ZADOVOLJSTVO.

II. POTRDILO PODJETJA OZIROMA DRUGE ORGANIZACIJE - DRUŠTVA V PRIMERU, DA JE ORGANIZACIJA ZAVAROVALEC (SKLENITELJ) ZAVAROVANJA

1. Ime in priimek (plačnik premije): je član naše organizacije (društva) neprekinjeno od
2. Zavarovanec je: zaposleni družinski član ostalo
3. Do dneva nezgode ni predložil izjave, da ne želi biti zavarovan.
4. Zavarovan je po polici/ah nezgodnega zavarovanja, številka/e

V, dne
(žig in podpis organizacije - društva)

III. POTRDILO ODSOTNOSTI OD DELA ZARADI NEZGODE**IZPOLNI DELODAJALEC ZAVAROVANCA V PRIMERU, DA JE DELODAJALEC TUDI ZAVAROVALEC (SKLENITELJ)**

Ime in priimek:, datum rojstva:
opravljanje dela v času nezgode:, ki jo je utrpel dne:
Zaradi nezgode je bil odsoten od dela od do vključno
Skrajšan delovni čas je imel od do vključno

V, dne

.....
(podpis odgovornega delavca)

.....
(žig in podpis delodajalca)

IV. PREDSTAVITEV POSTOPKA REŠEVANJA ŠKODNEGA ZAHTEVKA OSEBNIH ZAVAROVANJ

**VLOŽITEV ZAHTEVKA
STRANKE**

Stranka vloži zahtevek na predvidenem obrazcu zavarovalnice, ki ga lahko dobi:

- na predstavništvu zavarovalnice,
- pri zavarovalnem zastopniku.
- preko spletne strani www.triglav.si

Zahtevku se priložijo vsa dokazila, ki se nanašajo na zavarovalni primer.

**OBRAVNAVA
ZAHTEVKA**

Zahtevek obravnava pristojna strokovna služba Zavarovalnice Triglav, d.d. po prejemu vseh dokazil.

**DODATNA POJASNILA
STRANKI**

Če strokovni delavec oceni, da za rešitev zavarovalnega primera zavarovalnica potrebuje dodatno dokumentacijo, pojasnilo ali opravljen pregled pri zdravniku cenzorju, o tem obvesti stranko v najkrajšem možnem času.

**ODLOČITEV IN OBVESTILO
STRANKI**

Zavarovalnica obvesti stranko ter poda vsa pojasnila v zvezi z izplačilom zavarovalnine oziroma rešitvijo zahtevka.

**PRITOŽBENI
POSTOPEK**

Če stranka ni zadovoljna z odločitvijo ali ravnanjem zavarovalnice, lahko na zavarovalnico naslovi pritožbo, in sicer:

- osebno,
- po pošti,
- preko spletnih strani www.triglav.si.

Prejeta pritožbo obravnava pritožbena komisija zavarovalnice.