



Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.  
Pristaniška ulica 10  
6000 Koper-Capodistria

**triglav**

T: 05 66 22 000  
F: 05 66 22 002  
E: info@zdravstvena.net  
S: www.zdravstvena.net

**PRIJAVA ŠKODNEGA DOGODKA IZ NASLOVA ZAVAROVANJA  
ZDRAVILIŠKEGA ZDRAVLJENJA PO POŠKODBAH V PROMETNI NESREČI 7779/ZAVAROVANJA  
REHABILITACIJE PO PROMETNI NESREČI ZZ78**

**1) PODATKI O OSEBI, KI JE SKLENILA ZDRAVILIŠKO ZDRAVLJENJE PO POŠKODBAH V PROMETNI NESREČI (zavarovalec):**

ZAVAROVALEC (PRIIMEK IN IME): \_\_\_\_\_ DATUM ROJSTVA: \_\_\_\_\_

NASLOV: \_\_\_\_\_

TELEFON: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_ DAVČNA ŠT.: \_\_\_\_\_

**2) PODATKI O ZAVAROVANEM VOZILU IN PROMETNI NESREČI:**

REGISTRSKA OZNAČBA VOZILA: \_\_\_\_\_ ŠT. POLICE AVTOMOBILSKEGA ZAVAROVANJA: \_\_\_\_\_

DATUM PROMETNE NESREČE: \_\_\_\_\_ KRAJ PROMETNE NESREČE: \_\_\_\_\_

OGLED PROMETNE NESREČE JE OPRAVILA POLICIJSKA POSTAJA: \_\_\_\_\_

POLICIJSKI ZAPISNIK:      DA  OZNAKA ALI ŠT. POLICIJSKEGA ZAPISNIKA: \_\_\_\_\_ NE

PROMETNO NESREČO JE POVZROČIL:

VOZNIK ZAVAROVANEGA VOZILA

VOZNIK DRUGEGA MOTORNEGA VOZILA (PRIIMEK IN IME): \_\_\_\_\_

ZAVAROVANEGA PRI ZAVAROVALNICI: \_\_\_\_\_

V ZAVAROVANEM VOZILU SO BILI TELESNO POŠKODOVANI: (priimek, ime in naslov): \_\_\_\_\_

**3) PODATKI O POŠKODOVANI OSEBI (zavarovancu), KI JE BIL V PROMETNI NESREČI UDELEŽEN KOT:  VOZNIK  SOPOTNIK**

ZAVAROVALEC (polje se označi  v primeru, ko je zavarovanec hkrati tudi zavarovalec in osebnih podatkov v nadaljevanju te točke ni potrebno vpisati)

PRIIMEK IN IME: \_\_\_\_\_ DATUM ROJSTVA: \_\_\_\_\_

NASLOV: \_\_\_\_\_

TELEFON: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_ DAVČNA ŠT.: \_\_\_\_\_

**4) UVELJAVLJAM ZAVAROVANJE:**

Zavarovanje zdraviliškega zdravljenja po poškodbah v prometni nesreči ZZ79

Zavarovanje rehabilitacije po prometni nesreči ZZ78

**5) PODATKI O PREDLOŽENIH FOTOKOPIJAH MEDICINSKE IN DRUGE DOKUMENTACIJE:**

kopija zavarovalne police zavarovanja vozila

policijski zapisnik o prometni nesreči

medicinska dokumentacija, ki se nanaša na dotedanje zdravljenje poškodbe (mnenje imenovanega zdravnika pri ZZ79, izvedensko mnenje komisije pri ZPIZ)



Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., Pristaniška ulica 10, 6000 Koper-Capodistria,  
matična št.: 5848091000, ID za DDV: SI50250957,  
Okrožno sodišče v Kopru, reg. vl. 1/06376/00, osnovni kapital: 25.822.143,60 EUR.

352.107.003.03

**ZAUPNO**



Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.  
Pristaniška ulica 10  
6000 Koper-Capodistria

**triglav**

T: 05 66 22 000  
F: 05 66 22 002  
E: info@zdravstvena.net  
S: www.zdravstvena.net

- napotnica osebnega zdravnika in izvid zdravnika specialista  
 mrliški list

**Ostala dokazila, opombe:**

---

---

---

---

---

---

---

**5) IZJAVA IN POOBLASTILO:**

Izjavljam, da sem na vsa vprašanja odgovoril(a) po resnici in popolno. Pooblaščam TRIGLAV, Zdravstveno zavarovalnico, d.d., da preveri upravičenost tega zahtevka pri pristojnih organih (policiji) oziroma organizacijah, ki s podatki razpolagajo (Zavarovalnica Triglav, d.d., in druge zavarovalnice, ki izvajajo avtomobilska zavarovanja, Slovensko zavarovalno združenje) in da ji zdravniki in zdravstvene ustanove na njeno zahtevo posredujejo podatke in dokumentacijo o predhodnih poškodbah in zdravstvenem stanju, vrsti telesnih poškodb, trajanju zdravljenja in posledicah.

Za dodatne informacije smo Vam na voljo in dosegljivi v Zdravstveni točki na telefonski številki **080 66 22 11**.

v ....., dne .....

.....  
.....

(podpis zavarovalca)

.....  
.....

(podpis zavarovanca/upravičenca)

(šifra in podpis predstavnika zavarovalnice)



Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., Pristaniška ulica 10, 6000 Koper-Capodistria,  
matična št.: 5848091000, ID za DDV: SI50250957,  
Okrožno sodišče v Kopru, reg. vl. 1/06376/00, osnovni kapital: 25.822.143,60 EUR.

352.107.003.03

**ZAUPNO**