



# Prijava zavarovalnega primera – delovna nezmožnost / hujša stanja

POSLOVNA SKRIVNOST

ŠTEVILKA  
POLICE

OZ-DNZTPD  
23-3

## 1. Podatki o zavarovani osebi\*

|                 |                     |
|-----------------|---------------------|
| IME IN PRIIMEK  |                     |
| DATUM ROJSTVA   | KRAJ ROJSTVA        |
| DRŽAVA ROJSTVA  | DRŽAVLIANSTVO       |
| DAVČNA ŠTEVILKA | TELEFONSKA ŠTEVILKA |
| E-NASLOV        |                     |

### Osebni dokument

|               |          |
|---------------|----------|
| VRSTA         | ŠTEVILKA |
| VELJA OD      | VELJA DO |
| UPRAVNA ENOTA |          |

### Status zavarovane osebe ob nastanku zavarovalnega primera

Zaposlen  Brezposeln  Upokojenec  Ostalo

Organizacija, v kateri ste zaposleni oziroma katere član ste:

Kakšno delo opravljate? (opis delovnih nalog):

### Naslov stalnega prebivališča

|                 |                |
|-----------------|----------------|
| ULICA           | HIŠNA ŠTEVILKA |
| POŠTNA ŠTEVILKA | POŠTA          |
| DRŽAVA          |                |

### Naslov začasnega prebivališča

|                 |                |
|-----------------|----------------|
| ULICA           | HIŠNA ŠTEVILKA |
| POŠTNA ŠTEVILKA | POŠTA          |
| DRŽAVA          |                |

\* V primeru, da obrazec izpolnjuje zakoniti zastopnik / pooblaščenec, je potrebno izpolniti tudi obrazec Identifikacija stranke.

## 2. Podatki o zavarovalnem primeru

ZAČASNA DELOVNA NEZMOŽNOST  TRAJNA DELOVNA NEZMOŽNOST  HUJŠA STANJA

### Vzrok nastanka zavarovalnega primera:

Bolezen  Nezgoda

Čas odsotnosti z dela od do

|   |
|---|
| IME IN PRIIMEK IZBRANEGA OSEBNEGA ZDRAVNIKA       |
| ZDRAVSTVENA USTANOVA IZBRANEGA OSEBNEGA ZDRAVNIKA |

### Podatki o bolezni:

|                           |
|---------------------------|
| DIAGNOZA BOLEZNI          |
| DATUM POTRDITVE DIAGNOZE* |
| OPIŠ POSLEDIC BOLEZNI*    |

### Podatki o nezgodi:

|                                 |
|---------------------------------|
| DATUM NEZGODE                   |
| OPIŠ NEZGODE                    |
| VZROK NEZGODE                   |
| OPIŠ POŠKODB / POSLEDIC NEZGODE |

### 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 |            |   |

\* Izpolniti v primeru trajne delovne nezmožnosti ali hujših stanj.

### 3. Podatki za nakazilo

Izplačilo zavarovalne vsote naj se izvede:

- V enkratnem znesku
- Izplačevanje mesečne rente\*
- Kombinirano izplačilo (del zavarovalne vsote se izplača v enkratnem znesku, del pa v obliki rente)\*

\* Način in oblika izplačevanja mesečne rente ali kombiniranega izplačila bo dogovorjen naknadno.

Upravičenec za izplačilo rente v primeru smrti rentnega upravičenca

|                |                      |
|----------------|----------------------|
| IME IN PRIIMEK |                      |
| DATUM ROJSTVA  | SORODSTVENO RAZMERJE |

Izplačilo zavarovalne vsote naj se izvede na račun upravičenca:

|                                   |
|-----------------------------------|
| IME IN PRIIMEK<br>IMETNIKA RAČUNA |
| IME BANKE                         |
| ŠTEVILKA<br>RAČUNA                |

### 4. Priloge

Prijavi zavarovalnega primera prilagam naslednje listine:

- Izvidi zdravljenja obravnavane bolezni / poškodbe
- Potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela
- Odločba ZZZS o začasni zadržanosti od dela
- Ostalo
- Izvedensko mnenje invalidske komisije
- Pravnomočna odločba o invalidnosti
- Zdravstveni karton s pripadajočimi izvidi

### 5. Deklaracija

- Stranka s podpisom potrjuje seznanjenost, da bo v bodoče na zgoraj naveden elektronski naslov prejela vsa obvestila v zvezi z izvajanjem zavarovalnih pogodb življenjskih in pokojninskih zavarovanj, ki ima sklenjena ali jih bo v prihodnje sklenila pri Zavarovalnici Triglav, d.d. Plačilne instrumente in dokumente, ki se vročajo s priporočeno pošto (npr. opomin idr.) bo stranka še naprej prejela po klasični pošti. Soglasje lahko stranka kadarkoli prekliče in zahteva pisno obveščanje.
- Zavarovalnica pridobljene podatke obdeluje za namen izvajanja zavarovalne pogodbe, s soglasjem stranke lahko zavarovalnica njene osebne podatke obdeluje tudi za namene, za katere le-ta posebej privoli (npr. trženje produktov in storitev). Podatke zavarovalnica hrani v zbirkah, ki jih vzpostavi in vzdržuje v skladu s predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov in zavarovalništvo in sicer do poteka zakonsko določenih rokov hrambe. Osebne podatke iz zbirk zavarovalnice lahko obdelujejo tudi družbe, s katerimi ima zavarovalnica sklenjene pogodbe o obdelovanju osebnih podatkov. Če se pogodbeni obdelovalci osebnih podatkov nahajajo zunaj območja držav članic Evropske unije, se zagotavlja enak standard varstva osebnih podatkov, kot če bi obdelavo izvajala zavarovalnica sama. Prav tako lahko zavarovalnica za namen izvajanja zavarovalne in pozavarovalne pogodbe osebne podatke posreduje pozavarovalnici. Zavarovalnica obdeluje osebne podatke tudi za potrebe izvajanja bonitetnih programov, t.j. nudenja raznih bonov ugodnosti in dodatnih popustov (npr. vključitev v Triglav komplet). Vključitev v bonitetni program je za stranko popolnoma prostovoljna.
- Več informacij o varstvu osebnih podatkov je zbranih v informacijah o obdelavi osebnih podatkov pri sklepanju in izvajanju zavarovanj, do katerih lahko zavarovalec dostopa s QR kodo na obrazcu ter v Politiki zasebnosti na spletni strani

www.triglav.si. V primeru, da stranka nima dostopa do spleta, lahko kontaktira zavarovalnico in zahteva posredovanje tiskanega izvoda Politike zasebnosti.



Informacije o obdelavi osebnih podatkov pri sklepanju in izvajanju zavarovanj.

- Stranka s podpisom jamči za resničnost, točnost in popolnost podatkov.
- Stranka je seznanjena, da se informacije na tem obrazcu, ter druge informacije o zavarovalcu/upravičencu in o vsaki zavarovalni pogodbi, o kateri se poroča, lahko posredujejo davčnemu organu države, v kateri je sklenjena zavarovalna pogodba, ter se izmenjajo s pristojnim(i) organom(i) druge(ih) države (držav), v katerih je rezident za davčne namene, v skladu z mednarodnim dogovorom o izmenjavi informacij.
- Stranka s podpisom izrecno dovoljuje, da Zavarovalnica Triglav, d.d. za namene preverjanja verodostojnosti podatkov, pri upravljavcih javnih evidenc oziroma pri pristojnih organih držav članic ali tretjih držav, konzularnih predstavništvih in veleposlaništvih teh držav v Republiki Sloveniji oziroma pri slovenskem ministrstvu, pristojnem za zunanje zadeve, preverja verodostojnost navedb, podanih na tem zahtevku.
- Stranka s podpisom potrjuje prejem obvestila po 545. členu Zakona o zavarovalništvu.

### 6. Podpis

|      |       |
|------|-------|
| KRAJ | DATUM |
|------|-------|

|  |                         |
|--|-------------------------|
| ŠIFRA IN PODPIS PREDSTAVNIKA ZAVAROVALNICE | PODPIS ZAVAROVANE OSEBE |
|--|-------------------------|

PODPIS ZAKONITEGA ZASTOPNIKA / POOBlaščenca

OZ-DNZTPD/23-3