

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 ⇒ .....

policijska 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 ZZS o podaljšanju bolniškega staleža.
- Fotokopijo vozniškega 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](http://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 uvodoma med podatki zavarovanca.

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 ZAHITEVEK 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](http://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](http://www.triglav.si).

Prejeta pritožbo obravnava pritožbena komisija zavarovalnice.