

## Prijava nezgode za zavarovanje predšolskih otrok, učencev in študentov

OBMOČNA ENOTA: .....

Številka/e polic/e: .....

**Zavarovanec** (zavarovana oseba): ....., datum rojstva: .....  moški  ženska

točen naslov: ....., davčna številka: .....

e-naslov: ....., status zavarovane osebe:  predšolski otrok  osnovnošolec  dijak  študent

vzgojno - izobraževalna ustanova, ki jo obiskuje: .....

**Zavarovalec** - sklenitelj (starši oz. skrbnik, vzgojno - izobraževalna ustanova): .....

tel. številka: ....., točen naslov: .....

e-naslov: .....

### I. PODATKI O NEZGODI

1. Datum in ura nastanka nezgode: ⇒ ..... ob .....

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 po tej nezgodi ⇒ .....

imeli trajne posledice? Navedite katere in kakšne. .....

7. Ali imate še kakšno drugo obliko nezgodnega ⇒ .....

zavarovanja (kolektivno po starših, gasilsko, .....

zavarovanje preko društva ipd.)? .....

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

- Fotokopijo vseh zdravniških izvidov o zdravljenju 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 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 zavarovanca in zdravstvenem stanju, vrsti telesnih poškodb, trajanju zdravljenja in posledicah.**

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: .....

**Informacije o varstvu osebnih podatkov v zavarovalnici so objavljene v Politiki zasebnosti na spletni strani [www.triglav.si](http://www.triglav.si).**

V ....., dne .....

(podpis zavarovanca / staršev oz. skrbnikov)

(podpis upravičenca)

## II. POTRDILO VZGOJNO - IZOBRAŽEVALNE USTANOVE (vrtca, šole)

Zavarovanec: ..... je v šolskem letu ..... / .....

vpisan v vzgojno - izobraževalno ustanovo ..... razred - letnik .....

**Zaradi posledic prijavljene nezgode ni obiskoval VIU - pouka od ..... do .....**

Zaradi zdravniškega pregleda je bil odsoten od pouka še dne .....

Posebne pripombe šole v zvezi z odsotnostjo od pouka oziroma sposobnostjo za šolsko delo: .....

V ....., dne .....

(žig in podpis VIU-vrtca, šole)

## III. POTRDILO ZDRAVNIKA (Potrdilo zdravnika je potrebno le, če nezgoda ni dokumentirana z drugimi zdravniškimi izvidi)

Zavarovanec, naveden v prijavi, je ob nezgodi utrpel naslednje poškodbe: .....

Datum prvega obiska pri zdravniku dne: .....

Imobilizacija udov z  mavcem  longeto  ostalo od: ..... do vključno: .....

Ni mogel pisati, risati od: ..... do vključno: .....

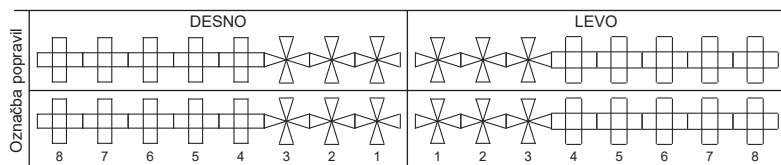
Primarna kirurška oskrba s šivi od: ..... do vključno: .....

Ali je pričakovati trajne posledice? Katere in kakšne: .....

Ostale opombe zdravnika: .....

**Opis stanja zoba pred poškodbo:** .....

### Označite mesto zloma stalnega zdravega zoba:



Znaki: / ekstrakcija, × manjkajoči zob, ● centralna plomba, ⚙ konturna plomba, O zdravljenje,

☐ člen, □ zob na zatik, ⊗ zob v protezi, ) zaponka v protezi, □ prevleka

Izjavljam, da sem na vsa vprašanja odgovoril popolno in v skladu s strokovnimi in etičnimi pravili.

V ....., dne .....

(zdravnikov žig in podpis)

**LE S POPOLNO IZPOLNJENO PRIJAVO TER PREDLOŽITVIJO VSEH POTREBNIH DOKUMENTOV BO VAŠ ZAHTEVAK LAHKO HITRO IN USTREZNO REŠEN V VAŠE IN NAŠE ZADOVOLJSTVO.**