



## Zahtevek za izplačilo zavarovalnine iz nezgodnih zavarovanj

*Zahtevek izpolnite V CELOTI in čitljivo z velikimi tiskanimi črkami.*

### 1 PODATKI O ZAVAROVANCU

Ime in priimek: \_\_\_\_\_ Datum rojstva: \_\_\_\_\_  
Naslov: \_\_\_\_\_ ZZS številka: \_\_\_\_\_  
Elektronski naslov: \_\_\_\_\_ Kontaktni telefon: \_\_\_\_\_

### 2 PODATKI O PRIJAVITELJU *(izpolnite samo v primeru, če prijavitelj ni ista oseba kot zavarovanec)*

Ime in priimek: \_\_\_\_\_ Datum rojstva: \_\_\_\_\_  
Naslov: \_\_\_\_\_ ZZS številka: \_\_\_\_\_  
Elektronski naslov: \_\_\_\_\_ Kontaktni telefon: \_\_\_\_\_

### 3 PODATKI O UPRAVIČENCIH *(izpolnite samo v primeru smrti zavarovanca)*

I. Ime in priimek: \_\_\_\_\_ Datum rojstva: \_\_\_\_\_  
Naslov: \_\_\_\_\_ EMŠO: \_\_\_\_\_  
Številka TRR: SI 56 \_\_\_\_\_ Kontaktni telefon: \_\_\_\_\_

II. Ime in priimek: \_\_\_\_\_ Datum rojstva: \_\_\_\_\_  
Naslov: \_\_\_\_\_ EMŠO: \_\_\_\_\_  
Številka TRR: SI 56 \_\_\_\_\_ Kontaktni telefon: \_\_\_\_\_

III. Ime in priimek: \_\_\_\_\_ Datum rojstva: \_\_\_\_\_  
Naslov: \_\_\_\_\_ EMŠO: \_\_\_\_\_  
Številka TRR: SI 56 \_\_\_\_\_ Kontaktni telefon: \_\_\_\_\_

### 3 NAKAZILO ZAVAROVALNINE

v dobroimetje za prihodnje premije *(samo v primeru plačila premije preko položnice)*

na transakcijski račun

ime in priimek lastnika računa\*: \_\_\_\_\_

odprt pri banki *(naziv in naslov banke)*: \_\_\_\_\_

številka računa: \_\_\_\_\_

BIC/SWIFT *(obvezno pri nakazilu v tujino)*: \_\_\_\_\_

*\*če je lastnik računa druga oseba obvezno izpolnite Izjavo o odstopu zavarovalnine*

#### IZJAVA O ODSTOPU ZAVAROVALNINE

Podpisani/a: \_\_\_\_\_

odstopam zavarovalnino, do katere sem upravičen/a v skladu s sklenjeno zavarovalno pogodbo, v korist:

ime in priimek: \_\_\_\_\_ datum rojstva: \_\_\_\_\_

naslov: \_\_\_\_\_ EMŠO: \_\_\_\_\_

in izjavljam, da zavarovalnine kasneje ne bom terjal od Vzajemne zdravstvene zavarovalnice, d.v.z.

\_\_\_\_\_  
Kraj in datum

\_\_\_\_\_  
Podpis zavarovanca oz. njegovega zakonitega zastopnika

#### 4 PODATKI O ZAVAROVALNEM PRIMERU

Številka police: \_\_\_\_\_

Delovno mesto zavarovanca (naziv in opis delovnih nalog): \_\_\_\_\_

Datum nastanka nezgode/bolezni: \_\_\_\_\_

Kako je nezgoda nastala (natančno opišite okoliščine nastanka)? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ali je nezgodo obravnavala policija?  DA  NE

Če DA, navedite katera policijska postaja in kdaj: \_\_\_\_\_

Ali je bil opravljen test alkoholiziranosti zavarovanca?  DA  NE

Če DA, navedite vrednost testa: \_\_\_\_\_

Ali je bil zavarovanec v zadnjih 24 urah pred nezgodo pod vplivom mamil oz. drugih psihoaktivnih snovi?  DA  NE

Če DA, navedite katerih: \_\_\_\_\_

**K zahtevku obvezno priložite vsa uradna poročila (alkotest, policijski zapisnik, ipd).**

Kdaj je bil opravljen prvi pregled zavarovanca po nezgodi/bolezni (navedite datum)? \_\_\_\_\_

Navedite ime ustanove, kjer je bil opravljen prvi pregled: \_\_\_\_\_

Navedite ime in priimek zdravnika, ki je opravil prvi pregled: \_\_\_\_\_

Navedite ime in priimek osebnega zdravnika ter naziv zdravstvene ustanove, v kateri deluje: \_\_\_\_\_

Ali zdravnik predvideva, da boste imeli trajne posledice?  DA  NE

Če DA, navedite katere: \_\_\_\_\_

Ali ste se pred to nezgodo/bolezni že zdravili zaradi poškodbe ali obolenja na sedaj poškodovanem delu telesa?  DA  NE

Če DA, navedite kakšna je bila poškodba in kakšne posledice so vam ostale: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ali ste imeli pred to nezgodo/bolezni že kakšno bolezen, pomanjkljivost ali invalidnost (npr. osteoporoza ...)?  DA  NE

Če DA, navedite od kdaj in v kakšni obliki: \_\_\_\_\_

Ali je zdravljenje v celoti zaključeno?  DA  NE

Ali ste se za posledicami te nezgode/bolezni zdravili že pred sklenitvijo zavarovanja?  DA  NE

Ali ste bili zaradi te nezgode/bolezni začasno zadržani od dela?  DA  NE

Če DA, navedite obdobje zadržanosti: od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

**K zahtevku obvezno priložite potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela.**

Ali ste se zaradi posledic te nezgode/bolezni zdravili v bolnišnici/zdravilišču?  DA  NE

Če DA, navedite obdobje zdravljenja: od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

**K zahtevku obvezno priložite odpustno pismo.**

Ali imate sklenjeno nezgodno zavarovanje še pri kateri drugi zavarovalnici?  DA  NE

Če DA, navedite pri kateri: \_\_\_\_\_

Ali se aktivno ukvarjate s športom in ste član športnega društva?  DA  NE

Če da, navedite katerega: \_\_\_\_\_

## 5 PODATKI V PRIMERU SMRTI ZAVAROVANCA

Ali obstaja sum, da je smrt povzročila tretja oseba?  DA  NE

Ali obstaja sum samomora?  DA  NE

Ali je bila uvedena preiskava?  DA  NE

Če da, navedite ustanovo, ki jo vodi: \_\_\_\_\_

Ali je bila opravljena obdukcija?  DA  NE

Če da, navedite ustanovo, ki jo je opravila: \_\_\_\_\_

## 6 IZJAVA

Zavarovanec oz. zakoniti zastopnik zavarovanca izjavljam, da sem prijavil vse okoliščine v zvezi z zavarovalnim primerom, da sem predložil vse račune in vso dokumentacijo v zvezi z zavarovalnim primerom in da so vsi navedeni podatki in dokumentacija resnični in popolni. Pooblaščam zavarovalnico, da ima pravico vpogleda v mojo medicinsko dokumentacijo, da lahko preveri upravičenost tega zahtevka. Če zavarovalnica ugotovi neresničnost v podatkih ali nepopolnost podatkov in dokumentacije v zvezi z zavarovalnim primerom, ima pravico ta zahtevek odkloniti.

Zavarovanec oz. zakoniti zastopnik zavarovanca pooblaščam zavarovalnico, da do višine izplačane zavarovalnine in iz naslova tega zahtevka v mojem imenu in za svoj račun uveljavlja regresni zahtevek proti tretji osebi, ki je odgovorna za nastanek zavarovalnega primera ali je zavezana za povračilo stroškov storitev, ki so bile opravljene zaradi nastopa zavarovalnega primera.

Zavarovanec oz. zakoniti zastopnik zavarovanca pooblaščam zavarovalnico, da do višine izplačane zavarovalnine iz naslova tega zahtevka v mojem imenu in za svoj račun uveljavlja povračilo stroškov zdravstvenih storitev, katerih povračilo lahko po veljavnih predpisih Republike Slovenije uveljavljam iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja.

\_\_\_\_\_  
Kraj in datum

\_\_\_\_\_  
Podpis zavarovanca oz. njegovega zakonitega zastopnika

\_\_\_\_\_  
Podpis vlagatelja zahtevka

### **POMEMBNO – preden oddate zahtevek, prosimo preverite:**

#### **- v primeru nezgode/bolezni zavarovanca:**

- zahtevek je v celoti izpolnjen
- k zahtevku ste priložili vse izvide zdravljenja te nezgode/bolezni, odpustnico iz bolnišnice/zdravilišča, karton fizioterapije (če je bila opravljena), potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela, obojestransko fotokopijo vozniškega dovoljenja (obvezno v primeru prometne nezgode)
- če ste vložili zahtevek za povrnitev stroškov zdravljenja, ste priložili vse izvornike računov za zdravljenje in sklep imenovanega zdravnika ZZS o napotitvi v zdravilišče
- če so se v času trajanja zavarovanja spremenili vaši osebni podatki, ste nam to sporočili na zahtevku
- če je škodo utrpela mladoletna oseba, je zahtevek izpolnil zavarovančev zakoniti zastopnik

#### **- v primeru smrti zavarovanca:**

- zahtevek je v celoti izpolnjen
- k zahtevku ste priložili izvornik izpisa iz matične knjige umrlih, odpustno pismo iz bolnišnice (v primeru smrti zavarovanca v bolnišnici), zdravniško potrdilo o vzroku smrti (v primeru smrti zavarovanca izven bolnišnice), obdukcijski zapisnik, fotokopijo policijskega zapisnika, sklep o dedovanju (v primeru, da na polici ni navedenega upravičenca).

## 7 POTRDILA

---

### I. POTRDILO O CELODNEVNI ODSOTNOSTI OD POUKA

(obrazec izpolni šola, samo v primeru celodnevne odsotnosti od pouka zaradi nezgode/bolezni)

Potrujemo, da je bil _____ , rojen _____	
zaradi nezgode/bolezni odsoten od pouka od _____ do vključno _____ .	
_____	_____
Kraj in datum	Žig in podpis pooblaščenih oseb

Priporočamo vam, da obdržite kopije celotne dokumentacije, ki ste nam jo posredovali. Vzajemna, d.v.z. ne more odgovarjati za dokumentacijo, ki ne bi prispela k nam iz razlogov, na katere nimamo vpliva.

**Zahtevek pošljite na naslov:**

Vzajemna, d.v.z.  
Oddelek za zavarovalne primere zavarovancev  
Vošnjakova ulica 2  
1000 Ljubljana

Za vsa morebitna vprašanja lahko kadarkoli brezplačno pokličete naš Kontaktni center na št.: **080 20 60**  
ali nam pišete na elektronski naslov: [vzajemna-skode@vzajemna.si](mailto:vzajemna-skode@vzajemna.si)

---

**Izpolni Vzajemna, d.v.z.**

Številka prijave:	_____	Sprejeto dne:	_____
Številka police:	_____	Zavarovanje:	_____
Obrazec sprejel:	_____	Opombe:	_____
Podpis	_____		_____