

PRIJAVA ZAVAROVALNEGA PRIMERA IZ NASLOVA NEZGODNEGA ZAVAROVANJA OTROK IN ŠOLSKE MLADINE

(obrazec velja za zavarovanja, sklenjena od 22. 8. 2022 naprej)

Uporabljeni izrazi, zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo enakovredno za oba spola.

1. PODATKI O PRIJAVITELJU

Ime, priimek/naziv: Datum rojstva:
Ulica in hišna številka: Kraj in poštna številka:
Davčna številka:
Kontaktne podatki: Telefon/GSM: e-naslov:

2. PODATKI O NEZGODNEM ZAVAROVANJU

Številka zavarovalne police: Zavarovalec (sklenitelj) zavarovanja (ime, priimek/naziv):

3. PODATKI O ZAVAROVANCU

Zavarovanec je enak prijavitelju: DA NE (v kolikor NE - izpolnite spodnja polja)
Ime in priimek: Datum rojstva: Ulica in hišna številka:
Kraj in poštna številka: Davčna številka:

4. IZPLAČILO ZAVAROVALNINE

Želim uveljavljati (ustrezno označite):

- Zdravljenje poškodbe (IZPLAČILO TAKOJ)* Zdravljenje poškodbe (DNEVNA ODŠKODNINA ZA AKTIVNO ZDRAVLJENJE)
 Nadomestilo za zlom kosti Izplačilo za primer smrti
 Izplačilo za primer nezgodne invalidnosti

V primeru uveljavljanja IZPLAČILA TAKOJ in/ali DNEVNE ODŠKODNINE ZA AKTIVNO ZDRAVLJENJE označite v katero izmed spodnjih skupin poškodb bi uvrstili poškodbo zavarovanca:

- površinske poškodbe in rane udarnine opekline pretres možganov
 poškodbe stalnega zobovja (zalivke niso izključene, če so nujno potrebne v primeru odprave akutne bolečine)
 zvini in nategi strganine mišic izpahi oz. prvi izpah (izključeni so ponavljajoči se izpahi istega dela telesa)
 zlomi kosti (katerakoli kost, izključeni so ponovni zlomi iste kosti)

*Izplačilo zavarovalnine takoj, po enem zavarovalnem primeru, se izplača v višini dogovorjene zavarovalne vsote ne glede na število (različnih) poškodb.

Zavarovalnina se izplača na TRR: SI56

Ime, priimek/naziv imetnika TRR:

5. PODATKI O NEZGODI

Vzrok za nastanek nezgode:
Datum nezgode: Čas (ura) nezgode: Kraj nezgode:
Opišite dogodek (navedite zakaj in kako je prišlo do nezgodnega dogodka ter pri katerem opravilu je nastal):

Ali ste registriran član športnega društva (velja za otroke stare vsaj 14 let)? DA NE

Ali ste se poškodovali pri športu? DA NE V kolikor odgovor DA - navedite pri katerem športu:

Ali ste pred nezgodo uživali alkoholne pijače? DA NE

Ali je bil dogodek prijavljen policiji? DA NE V kolikor odgovor DA - navedite policijsko postajo:

6. PODATKI O ZDRAVLJENJU POŠKODBE

Navedite datum iskanja prve zdravniške pomoči in ustanovo:

Ali je vaše zdravljenje zaključeno? DA NE Ali predvidevate, da boste imeli trajne posledice? DA NE

Ali ste se na poškodovanem delu telesa predhodno že zdravili zaradi obolenja ali poškodbe? DA NE V kolikor odgovor DA - navedite od kdaj do kdaj je zdravljenje potekalo in tej prijavi priložite medicinsko dokumentacijo.

7. PRILOGE

Označite in priložite vso dokumentacijo, ki se navezuje na opisano nezgodo:

- Dokumentacija o iskanju prve zdravniške pomoči
 Medicinska dokumentacija o poteku zdravljenja (medicinski izvidi, kartonček fizikalne terapije,...)
 Alkotest (v primeru prometne nesreče) Fotokopija vozniškega in prometnega dovoljenja (v primeru prometne nesreče)
 Policijski zapisnik, če je primer obravnavala policija

V primeru smrti je potrebno dostaviti:

- Izpisek iz matične knjige umrlih
 Dokazilo o vzroku smrti (obrazec Statistični urad RS)
 Morebitne druge priloge:

8. POTRDILO ZOBOZDRAVNIKA

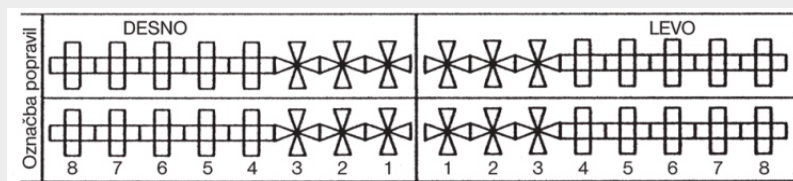
Potrnilo zobozdravnika je potrebno le, če nezgoda ni dokumentirana z drugimi zdravniškimi izvidi. To rubriko izpolni zobozdravnik.

Opis poškodb, ki jih je utrpela zavarovana oseba:

Ali gre za poškodbo stalnega zoba? DA NE

Ali je bil poškodovan zob pred nezgodo zdrav (ni bil predhodno zdravljen)? DA NE

Opis morebitnih posledic in pripombe zobozdravnika:



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

V , dne Žig in podpis zobozdravnika:

9. IZJAVA

Izjavljam, da sem na vsa vprašanja odgovoril po resnici. Seznanjen sem, da ima zavarovalnica zakonsko podlago, za pridobitev podatkov in dokumentacije o predhodnih poškodbah zavarovanca in zdravstvenem stanju, vrsti telesnih poškodb, trajanju zavarovanja in posledicah, pri zdravnikih in drugih zdravstvenih ustanovah.

Seznanjen sem z informacijo o obdelavi osebnih podatkov, ki je objavljena na spletni strani zavarovalnice <https://www.zav-sava.si/sl-si/pravna-obvestila> in je tudi na voljo na prodajnih mestih zavarovalnice.

Zavarovalec oz. zavarovanec mora zavarovalnico, na naslov Zavarovalnice Sava ali na e-naslov: info@zav-sava.si, sproti pisno obveščati o spremembi osebnih podatkov in o drugih, za zavarovanje pomembnih okoliščinah.

V , dne

Podpis zavarovanca/upravičenca: