

**OBRAZEC  
PRIJAVA NEZGODE IN OPERACIJE**

Številka pogodbe:	Št. zavarovalnega primera:
-------------------	----------------------------

Izpolni Merkur zavarovalnica d.d.

**Podatki o zavarovalcu (sklenitelju zavarovanja):**

Ime in priimek:	Davčna št.
Datum in kraj rojstva:	
Naslov:	
Telefon/GSM:	E-mail:

**Podatki o vašem transakcijskem računu, kamor želite prejeti zavarovalno dajatev\*:**

Ime in priimek imetnika računa:
Št. transakcijskega računa*: SI56
na navedenem računu: <input type="checkbox"/> sem imetnik računa <input type="checkbox"/> sem pooblaščen oseba

\*Prosimo, da priložite **dokazilo o imetništvu tega računa** (fotokopijo bančne kartice ali potrdilo banke o imetništvu transakcijskega računa). Nakazilo se lahko izvrši le na račun upravičenca, ki je imetnik računa.

**Podatki o zavarovancu (poškodovancu):**

Ime in priimek:	Rojen:
Naslov:	Tel.:
Poklic, vrsta zaposlitve:	Zaposlen pri:
Ali ima zavarovanec sklenjeno nezgodno zavarovanje pri kateri drugi zavarovalnici: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
V primeru, da ste odgovorili z »DA« navedite ime zavarovalnice:	

**Prijava zavarovalnega kritja za:**

<i>Za katerega od spodaj naštetih kritij uveljavljate zahtevek:</i>	
<input type="checkbox"/> dnevno nadomestilo	<input type="checkbox"/> nadomestilo za kompletno pretrganje vezi ali kit
<input type="checkbox"/> bolnišnično nadomestilo	<input type="checkbox"/> športni obliž
<input type="checkbox"/> nadomestilo za zlom kosti	<input type="checkbox"/> povračilo stroškov reševanja in prevoza zaradi nezgode
<input type="checkbox"/> takojšnja pomoč ob nezgodi	<input type="checkbox"/> nadomestilo za poškodbo meniskusa ter za delno natrganje kolenske vezi ali kite
<input type="checkbox"/> nadomestilo za oskrbo po nezgodi	<input type="checkbox"/> nezgodna mesečna renta
<input type="checkbox"/> nezgodna invalidnost	

**Prijava operacije:**

Uveljavljam izplačilo iz kritja operacij: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Datum operacije:
Vrsta operacije ali diagnoza:	

**Podatki o nezgodi:**

Kdaj se je nezgoda zgodila:	Datum:	Ura:
<input type="checkbox"/> prosti čas <input type="checkbox"/> pri delu <input type="checkbox"/> dopoldan <input type="checkbox"/> popoldan		
Kje se je nezgoda zgodila (kraj, ulica, hišna številka-točen opis kraja in prostora):		
Ob kateri dejavnosti je nezgoda nastala in opis nezgode (opis naj bo natančen, četudi je priložen izvid):		
Vrsta poškodb zaradi nezgode:		
Ali je bil poškodovanec v času nezgode pod vplivom alkohola: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		
Ali je nezgodo povzročil poškodovanec: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		

Drugi soudeleženec (ime, priimek in naslov):
Priče nezgode: (ime, priimek in naslov):
Ali je bil narejen policijski zapisnik? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
Katera policijska postaja je zapisnik napisala?

**Odgovorite v primeru, če je vzrok nezgode prometna nezgoda:**

Podatki o vozilu:	Vozilo poškodovanca:	Vozilo drugega udeleženca:
Vrsta vozila:		
Registrska številka:		
Ime in priimek voznika:		

**Druga vprašanja:**

Ime in priimek zdravnika, ki je poškodovancu nudil prvo pomoč:		
Ime in priimek osebnega zdravnika in ustanova, kjer dela:		
Zdravljenje zaradi nezgode je potekalo: <input type="checkbox"/> v ambulanti – zdravstvenem domu <input type="checkbox"/> v bolnišnici - polikliniki		
Delovna nezmožnost:	od	do
Zdravnik predvideva, da bo imel poškodovanec trajne posledice: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		

**Izpolnite v primeru zavarovanja preko plačilne kartice:**

Vrsta in številka plačilne kartice ter veljavnost:
--

**Podatki o eventualnih preteklih nezgodah:**

Ali je poškodovanec že kdaj prej doživel nezgodo: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
V primeru, da ste odgovorili »DA« navedite kdaj in posledice:

**Druga obvestila in komentarji za Merkur zavarovalnico d.d.**


*Izjavljam, da so vse navedbe resnične in jamčim za njihovo točnost, tudi če niso napisane lastnoročno. Pooblaščam Merkur zavarovalnico d.d., da poizveduje in ima vpogled v vse akte, ki so povezani z zadevnim zavarovalnim primerom, da si jih prepíše ali fotokopira.*

*Zavarovalec, zavarovanec, posrednik oz. zastopnik s podpisom obrazca potrjujejo, da so pred podpisom obrazca v celoti in popolnoma pisno seznanili oz. bili pisno seznanjeni s podatki iz 522. in 545. člena Zakona o zavarovalništvu.*

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

Podpis zavarovalca oz upravičenca: \_\_\_\_\_  
(če je to podjetje, tudi žig podjetja)

Podpis zastopnika oz. posrednika in številka licence: \_\_\_\_\_

**Dokumentacija, ki jo je potrebno priložiti ob prijavi nezgode:**

- fotokopija potrdil o bolniškem staležu za vsak mesec posebej
- fotokopijo odločbe Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (če ste bili v staležu več kot 30 dni)
- fotokopijo izvida, ki ste ga prejeli na dan nezgode
- fotokopije izvidov nadaljnjih kontrol oz. druge zdravstvene dokumentacije, ki se nanaša na nezgodo
- fotokopijo prijave poškodbe pri delu (če se je nezgoda pripetila v službi)
- fotokopijo voznškega dovoljenja (če je šlo za prometno nezgodo, v kateri je bil zavarovanec udeležen kot voznik)
- fotokopija odpustnega pisma iz bolnišnice (če ste bili hospitalizirani)
- dokazilo o imetništvu transakcijskega računa