



Spoštovani zavarovanec,

Polica: 916-_____

Pred Vami je pristopna izjava za kolektivno nezgodno zavarovanje oseb pri opravljanju rednega poklica in izven njega. **Zaradi računalniške obdelave podatkov Vas vljudno prosimo, da izpolnete obrazec s tiskanimi črkami.**

Kolektivno nezgodno zavarovanje je oblika zavarovanja, s katerim si zagotovimo ekonomsko in socialno varnost za čas nezmožnosti za delo. K zavarovanju lahko pristopijo tudi družinski člani zaposlenih - otroci od 14. leta starosti, starši do 75. leta starosti ter zakonec. Zavarovanje za zaposlenega delavca preneha ob 24.00 uri tistega dne, ko mu preneha delovno razmerje.

KAJ JE NEZGODA?

Nezgoda je enkratna, nenaden in negotov dogodek, povzročen s hipnim delovanjem sile od zunaj na zavarovančevo telo, neodvisno od njegove izključne volje, tako da povzroči poškodbo telesa, ki zahteva zdravljenje pri zdravniku, popolno ali delno invalidnost ali zavarovančevo smrt.

Prijava in likvidiranje škod:

V Zavarovalnici Maribor d.d. se zavedamo kaj pomeni nezgoda za oškodovanca in njegove družinske člane. Zato posvečamo veliko pozornost ažurnemu reševanju vseh škodnih prijav. V primeru še tako majhne nezgode vedno obiščite zdravnika, ker boste za uveljavljanje odškodninskega zahtevka iz nezgodnega zavarovanja vedno potrebovali zdravniško dokumentacijo. To pa je osnova za takojšnje izplačilo vam osebno oziroma osebi, ki ste jo v zavarovalni polici določili.

V kolikor potrebujete dodatne informacije ob prijavljanju škodnega primera, smo vam vedno na voljo na telefonski številki (02) 23 32 478, 23 32 262.

VARIANTE ZAVAROVANJA

	varianta A	varianta B	varianta C
nezgodna smrt	8.000	12.000	15.000
naravna smrt	1.500	1.500	1.500
trajna invalidnost	16.000	24.000	30.000
dnevna odškodnina	5	8	10
bolnišnični dan			
stroški zdravljenja			

*MESEČNA PREMIJA	4,22	6,35	7,84
**Preračun premije	1011,28	1521,71	1878,77

*premijske veljajo za eno osebo in že vključujejo 6,5% davek od prometa zavarovalnih poslov

**Za preračun premije velja tečaj zamenjave (1 EUR = 239,640 SIT)

V kolikor ste se odločili za pristop k zavarovanju, izberite varianto zavarovanja, ki Vam najbolj ustreza ter izpolnite obrazec na hrbtni strani. Pod točko 1 (Zavarovanec) vpišite svoje podatke, pod točko 2 (Družinski člani) pa podatke o družinskih članih, v kolikor jih želite priključiti k zavarovanju.

OPOMBA

Zavarujejo se lahko le osebe, ki so pri sklenitелju zavarovanja v rednem ali dopolnilnem delovnem razmerju ter družinski člani zavarovanih delavcev.

Prosimo, da ob izpolnjevanju obrazca pišete čitljivo in nam posredujete vse zahtevane podatke. Vpis davčne številke ni obvezen.

1. ZAVAROVANEC

Priimek in ime

Zaposlen pripoklic

Naslov

Kraj Pošta

EMŠO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Davčna številka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mesečna premija EUR.

2. DRUŽINSKI ČLANI

Priimek in ime Sorodstveno razmerje

Naslov Kraj Pošta

EMŠO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Davčna številka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mesečna premija EUR.

Priimek in ime Sorodstveno razmerje

Naslov Kraj Pošta

EMŠO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Davčna številka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mesečna premija EUR.

Priimek in ime Sorodstveno razmerje

Naslov Kraj Pošta

EMŠO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Davčna številka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mesečna premija EUR.

S podpisom dovoljujem uporabo osebnih podatkov izključno za potrebe Zavarovalnice Maribor d.d.

V, dne

.....
podpis zaposlenega delavca

S podpisom jamčim za resničnost podatkov.

OPOMBA

Družinski člani zavarovanega delavca se zavarujejo po isti ali nižji varianti zavarovanja! Novi zavarovanec se lahko priključi k zavarovanju s prvim dnevom naslednjega meseca pod pogojem, da prejmemo pristopno izjavo do zadnjega dne tekočega meseca.



ZAVAROVALNICA MARIBOR
2507 MARIBOR, Cankarjeva 3
tel.: 02/233 21 00, fax: 02/233 25 30

PRIJAVA NEZGODE

Polica 1 : _____

Polica 2 : _____

Polica 3 : _____

SKLENITELJ (podjetje, šola, društvo, posameznik): _____

Telefon: _____ Kontaktna oseba: _____

ZAVAROVANEC

Ime in priimek: _____ Poklic ob nezgodi: _____

Stalni naslov - ul.: _____ Kraj: _____ Zaposlen v: _____

Začasni naslov - ul.: _____ Kraj: _____ Kakšno delo opravlja: _____

Datum rojstva: _____ Kraj rojstva: _____

1	Vrsta zavarovanja	Kolektivno <input type="checkbox"/> Individualno <input type="checkbox"/> Življenjsko z dodatnim nezgodnim - SIT <input type="checkbox"/> ATS <input type="checkbox"/> DEM <input type="checkbox"/> Obrtniško <input type="checkbox"/> Otroško / šolsko <input type="checkbox"/> Druga vrsta _____ Managersko <input type="checkbox"/>
2	Ali imate še kakšno drugo življenjsko ali nezgodno zavarovanje?	Zavarovalnica, ki ga vodi _____
3	Podatki o nezgodi Natančen opis kraja nezgode Opravila pri nezgodi Vzrok nezgode	a) Datum nezgode _____ Čas: _____ Kraj: _____ (naselje, ulica, hišna št.) b) Datum iskanja prve zdravniške pomoči: _____ _____ _____
4	Točen opis poškodb zaradi nezgode	_____
5	Ali ste pred nezgodo pili alkoholne pijače	ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/>
6	Navedbe prič nezgode	Ime in priimek _____ Naslov _____ _____ _____
7	Ali je bila na podlagi nezgode uvedena preiskava	ne <input type="checkbox"/> Kdaj? _____ da <input type="checkbox"/> Kje? _____ Organ, ki jo je vodil: _____
8	Podatki o ostalih udeležencih prometne nezgode	_____
9	Zdravnik, ki je nudil prvo pomoč	Ime in priimek _____
10	Kje in kdaj ste se zdravili zaradi te nezgode (ambulanta, zdravstveni dom, bolnišnica, poliklinika)?	_____
11	Do katerega dne ste bili nesposobni za delo?	_____
12	Ali zdravnik predvideva, da boste imeli trajne posledice?	_____
13	Izvedba izplačila Za otroška in šolska zavarovanja vpišite ime in priimek staršev.	Naslov _____ Nakazilo na račun pri banki <input type="checkbox"/> Naziv banke _____ št. računa _____ PROSIM, DA ŠT. BANČNEGA RAČUNA VPIŠETE PRAVILNO IN V CELOTI (TUDI ŠTEVILKO CENTRALNE BANKE)
14	Ali ste že imeli enako ali podobno poškodbo na tem delu telesa (pred to nezgodo)?	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> - priložite medicinsko dokumentacijo
15	Ali ste se na sedaj poškodovanem delu telesa že zdravili zaradi poškodbe ali obolenja (pred to nezgodo)?	_____

16	PRILOGE Prosimo, da priložite vso dokumentacijo, ki jo imate na razpolago	- datum prvega iskanja pomoči pri zdravniku <input type="checkbox"/> - medicinska dokumentacija o nezgodi in poteku zdravljenja <input type="checkbox"/> - bolniški list <input type="checkbox"/> - alkotest <input type="checkbox"/> - fotokopija vozniškega dovoljenja <input type="checkbox"/> - ostalo _____
17	Vozniško dovoljenje (samo za prometne nezgode) Podatke vpiše in potrdi zastopnik oziroma pooblaščen oseba v delovni organizaciji, društvu ali šoli	VOZNIŠKO DOVOLJENJE : _____ <p style="text-align: right;">(priimek in ime)</p> Št.: _____ kategorija : _____ izdano dne _____ velja od _____ do _____ izdano pri _____ PROMETNO DOVOLJENJE : Št. _____ velja do _____

18	IZJAVA : Potrjujem pravilnost in resničnost vseh podatkov. Za vse navedene podatke kazensko in materialno odgovarjam. Če bi se v obravnavanem škodnem primeru naknadno ugotovil razlog za izgubo zavarovalnih pravic po pogojih nezgodnega zavarovanja, se obvezujem vrniti vso prejeto odškodnino. Zavarovalnici dovoljujem, da podatke preveri pri ustreznih ustanovah. Dovoljujem, da se moji osebni podatki zbirajo, obdelujejo, shranjujejo in posredujejo. V _____ , dne _____ ŽIG _____ <p style="text-align: right;">(podpis zavarovanca - upravičenca)</p>
----	---

POTRDILO (Če je sklenitelj šola ali vrtec)

19	Zavarovanec _____ razred - letnik _____ je v šolskem letu _____ vpisan v vpisni poli pod zaporedno št. _____ Zavarovalno premijo v znesku _____ SIT je plačal dne _____ Zaradi posledic prijavljene nezgode ni obiskoval 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 ter nakazilom zavarovalnine: _____ V _____ , dne _____ <p style="text-align: right;">(žig in podpis pooblaščenih oseb šole)</p>
----	---

POTRDILO (Če je sklenitelj podjetje, društvo)

20	_____ je član naše organizacije, društva, neprekinjeno od _____ (ime in priimek) Na dan nezgode je bil zaposlen kot _____ in je opravljal dela _____ (naziv delovnega mesta) (točen opis delovnih nalog) Zavarovan je s polico št. _____ Za zavarovanca smo nakazali zadnjo premijo pred nezgodo za mesec _____ v znesku _____ SIT. V _____ , dne _____ <p style="text-align: right;">(žig in podpis pooblaščenih oseb podjetja, društva)</p>
----	--

V _____ , dne _____

(podpis pooblaščenih oseb, ki je prejela zahtevek)