

## PRIJAVA NESREČE

Prosimo, da na vprašanja odgovorite izčrpno! Ustrezno označite s

### PODATKI O ZAVAROVANI OSEBI

Številka police – Številka Modre kartice	Ime in priimek ponesrečenca:	Datum rojstva:	
Naslov in hišna številka:	Poštna številka:	Kraj:	Telefonska številka:
Trenutno zaposlen kot:	Delodajalec:		

### PODATKI O NESREČI

Datum nesreče:	Ura:
Na katerem mestu oziroma v katerem prostoru se je zgodila nesreča?	
Prosimo, da natančno opišete potek nesreče:	
Z opisom lahko nadaljujete na ločenem listu!	
Ime in priimek, naslov lečečega zdravnika:	

### PODATKI O DRUGIH OBSTOJEČIH NEZGODNIH ALI ŽIVLJENJSKIH ZAVAROVANJIH

Vrsta pogodbe:	Ime zavarovalnice:	Številka police:
----------------	--------------------	------------------

### NESREČA Z MOTORNIM VOZILOM

Ime in priimek voznika:	Številka vozniškega dovoljenja:	Izdano dne:	Kategorija:
Ali je policija sestavila zapisnik o dejanskem stanju? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Naslov policijske postaje:		
Ali ste nesrečo prijavili? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Ime in priimek povzročitelja:		
Podatki o vozilu: <input type="checkbox"/> osebno vozilo <input type="checkbox"/> motor <input type="checkbox"/> ali drugo <input type="checkbox"/> tovorno vozilo <input type="checkbox"/> moped .....	Znamka:	Registrska številka:	Številka šasije:
Število oseb, vključno z voznikom, v zavarovanem vozilu, v trenutku nesreče:	So bile osebe pripete z varnostnim pasom? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne Katere?		

### NAKAZILO ZAVAROVALNINE

<input type="checkbox"/> na banko	Banka:	Oznaka banke:	Številka računa:	Imetnik računa:
-----------------------------------	--------	---------------	------------------	-----------------

Kraj in datum:	Na zastavljena vprašanja sem pravilno in izčrpno odgovoril/a.
	Podpis zavarovanca:

### POOBLASTILO ZA VPOGLED V MEDICINSKO DOKUMENTACIJO

Bolnica:	Številka sprejema:	
Za ureditev zahtevka k zavarovalni polici številka ..... se strinjam, da se WIENER STAEDTISCHE ALLGEMEINE VERSICHERUNG AG dajo bolniški izvidi oziroma protokoli ambulate na razpolago. Izrecno se potrjuje, da ste odvezani dolžnosti varovanja tajnosti.		
Kraj in datum:	Naslov in datum rojstva zavarovanca:	Podpis zavarovanca:

## OPOMBE LEČEČEGA ZDRAVNIKA

### DIAGNOZA

Prosimo, da na vprašanja odgovorite izčrpno! Ustrezno označite s

Prosimo, da točno opišete poškodbo:

### ZDRAVSTVENA PRIZADETOST PRED NESREČO

Ali je bil poškodovani že pred nesrečo zdravstveno prizadet?

(Npr. zlomi, izguba ali zmanjšana uporaba okončin, zmanjšani vid, zmanjšani sluh, epilepsija, diabetes, težave s hrbtenico, težave s srcem idr.)

### VZROK POŠKODBE

Ali je poškodba nedvoumno nastala zaradi nesreče?

da  ne

Drugi vzroki (npr. obstoječe bolezni)

Ali so zaradi tega posledice nesreče hujše?

da  ne

V kakšnem obsegu?

### POSLEDICE NESREČE

Ali se posledice pričakujejo ali so že nastopile?

da  ne

Katere?

Ali ima nesreča za posledico trajno invalidnost?

da  ne

Katero?

### ZDRAVLJENJE V BOLNIŠNICI

Ime in naslov bolnišnice:

Način zdravljenja:

ambulantno

od ..... do .....

stationarno

od ..... do .....

### OVIRE PRI POKLICU

Ali poškodovani lahko zapusti sobo?

da  ne

Ali ste poškodovancu predpisali mirovanje v postelji?

da  ne

Koliko časa je potrebno upoštevati te odredbe?

Ali je poškodovani zaradi nesreče oviran pri zaposlitvi?

popolnoma Kako dolgo?

deloma Kako dolgo?

### PRVA ZDRAVNIŠKA POMOČ

Kdaj je bila zahtevana prva zdravniška pomoč?

Datum:

Ura:

Kdo jo je izkazal?

Kdo je vse zdravil poškodovanega?

Kraj in datum:

Podpis lečečega zdravnika: