

Prijava zavarovalnega primera iz naslova zavarovanja  
imetnikov Visa in Mastercard bančnih kartic SKB, d.d.

Zavarovalno kritje za primer smrti in nezgodne smrti v tujini

Območna enota: LJUBLJANA

Št. Generalne police: 1284637

Št. Škodnega spisa: .....

**I. PODATKI O ZAVAROVANCU / UPRAVIČENCU**

**I. A Zavarovalec in imetnik kartice**

Zavarovalec: SKB, d.d.

Naslov: Ajdovščina 4, 1000 Ljubljana

Vrsta zavarovalne kartice: .....,

ime in priimek imetnika kartice: ....., datum rojstva: .....,

naslov: ....., davčna številka: .....,

tel. številka: ....., e-naslov: .....

**I. B Izpolniti v kolikor imetnik kartice in zavarovanec, ki je utrpel nezgodo nista ista oseba**

Ime in priimek zavarovanca: ....., datum rojstva: .....,

sorodstveno razmerje z imetnikom kartice: ....., davčna številka: .....,

tel. številka: ....., e-naslov: .....

**I. C Izpolniti v kolikor zavarovanec in upravičenec nista ista oseba**

Ime in priimek upravičenca: .....,

datum rojstva: ....., davčna številka: .....,

tel. številka: ....., e-naslov: .....

**II. PODATKI O NEZGODI**

**II.A Izpolniti v primeru nezgodne smrti zavarovanca**

1. Datum in ura smrti: .....

2. Država in kraj smrti: .....

3. Točen opis dogodka, predvsem:

pri kakšni dejavnosti / opravi je nezgoda nastala: .....

.....

vzrok nastanka? .....

.....

4. Ali obstaja sum prisotnosti alkohola?  da  ne

5. Ali obstaja sum samomora?  da  ne

6. Ali obstaja sum, da je smrt povzročila tretja oseba?  da  ne

7. Ali je bila uvedena obdukcija?

ne  da, kje in v kateri ustanovi? .....

8. Ali je bila uvedena preiskava?  
 ne       da, kje in v kateri ustanovi? .....
9. Ali je bil narejen policijski zapisnik?  
 ne       da, katera policijska postaja? .....

## II.B Izpolniti v primeru prijave invalidnine

1. Datum in ura nezgode: .....
2. Država in kraj v katerem je nastala nezgoda: .....
3. Točen opis nezgodnega dogodka, predvsem:  
 pri kakšni dejavnosti / opravi je nezgoda nastala? .....  
.....  
 vzrok nastanka? .....  
.....
4. Ali je bila zaradi nezgode uvedena preiskava?  
 ne       da, kje in v kateri ustanovi? .....
5. Imena in naslovi oseb, ki so bile priče nezgodi: .....  
.....  
.....
6. Opis poškodb zaradi nezgode: .....  
.....  
.....
7. Ali ste pred nezgodo pili alkoholne pijače?  
 ne       da, kdaj, kje, kakšne, koliko? .....
8. Kdaj (navedite datum) in katera zdravstvena ustanova / zdravnik je nudil prvo pomoč? .....
9. Kje ste se zdravili zaradi nezgode?  
 v kateri ambulanti, zdravstvenem domu? .....  
.....  
 v kateri bolnišnici, polikliniki? .....  
.....
10. Vaša višina: ..... in teža .....
11. Ali ste pred nezgodo že imeli kakšno telesno okvaro, pomanjklivost na vidu, sluhu, rokah in / ali nogah, živcih in / ali drugih organih?  
 ne       da, od kdaj in v kakšni obliki? .....
12. Ali ste že imeli poškodbo istega organa ali uda kot ob tej nezgodi?  
 ne       da, kdaj in kakša je bila poškodba in kakše posledice so vam ostale? .....
13. Ali imate krčne žile, sladkorno bolezen, revmatska obolenja, epilepsijo, obolenja dihalnih organov, srca in ožilja, operativno in nepopravljivo kilo?  
 ne       da, od kdaj in v kakšni obliki? .....

14. Ali imate sklenjeno še kakšno drugo nezgodno zavarovanje (kolektivno v službi, zavarovanje športnikov, gasilsko, ipd.)?

- ne       da, navedite zavarovalnico in številko police, kjer je zavarovanje sklenjeno: .....
- .....

**Izjavljam, da sem na vsa vprašanja odgovoril/a resnično in popolno. S svojim podpisom potrjujem pravilnost in resničnost gornjih podatkov. Pooblaščam zavarovalnico, da ji zdravniki in zdravstvene ustanove na njeno zahtevo dajo podatke in dokumentacijo o prejšnjih poškodbah in zdravstvenem stanju, vrsti telesnih poškodb, trajanju zdravljenja in posledicah.**

Izplačilo zavarovalnine želim na:

- na osebni račun: ime in priimek lastnik računa: .....  
banka in št. računa: .....  
davčna številka lastnika: ....., št. osebnega dokumenta: .....
- po poštni nakaznici na naslov naveden v tej prijavi

....., dne .....

Zavarovanec- upravičenec

### III. DOKUMENTACIJA IN PRILOGE

#### III. A V primeru nezgodne smrti zavarovanca

Zahtevku prilagam (obkroži):

- zdravniško potrdilo, iz katerega so razvidni datum, kraj in okoliščine nesreče, zaradi katerih je zavarovanec umrl
- prvotno zdravniško potrdilo, na katerem so navedene poškodbe
- naknadno poročilo, ki opisuje posledice
- mrliški list
- dokazilo o upravičenosti upravičenca ali upravičencev do izplačila posmrtnine
- ostalo: .....

#### III. B V primeru invalidnosti

Zahtevku prilagam (obkroži):

- zdravniško potrdilo, iz katerega so razvidni datum, kraj in okoliščine nesreče, zaradi katerih ste postali invalidni
- prvotno zdravniško potrdilo, na katerem so navedene poškodbe
- naknadno zdravniško poročilo, ki opisuje posledice
- ostalo: .....