



**Groupama**  
Zavarovalnica

## PRIJAVA NEZGODE

### PODATKI O ZAVAROVANJU:

Številka police:

### PODATKI O ZAVAROVANI OSEBI:

Ime in priimek:

Ulica in hišna številka:

Št. pošte in kraj:

Davčna številka:

### PODATKI O DOGODKU:

Datum nastanka nezgode:

Vzrok nastanka nezgode:

Opis nastanka nezgode  
(kraj, način, vzrok):

Je zavarovana oseba že kdaj prej  
doživela te vrste nezgode?

Da Ne

Obstaja sum na samomor oz.  
poizkus samomora?

Da Ne

Je zavarovana oseba  
neposredno pred nezgodo  
uživala alkoholne pijače?

Da Ne

Ali je nezgodo obravnavala  
policija? Katera?

Da Ne

Ali je zavarovana oseba pred  
nezgodo na tem delu telesa že  
imela telesno pomanjkljivost,  
enako  
ali podobno poškodbo oz. se je  
zdravila zaradi bolezni?

Da Če da - navesti katero pomanjkljivost, poškodbo oz. bolezen in  
priložiti medicinsko dokumentacijo

Ne

### PODATKI O UPRAVIČENCU (če ni ista oseba kot zavarovana oseba):

Ime in priimek oz. naziv:

Ulica in hišna številka:

Št. pošte in kraj:

Davčna številka:

Telefonska št. in e-naslov:

## PODATKI O BANČNEM RAČUNU UPRAVIČENCA

Naziv banke:

ŠT. TRR:

Izjavljam, da so vse moje zgornje navedbe resnične. Ugotovljena neresničnost mojih navedb ima lahko poleg zavrnitve izplačila zavarovalnine tudi znake kaznivega dejanja, na kar sem bil ob izpolnjevanju tega obrazca izrecno opozorjen. Pooblašчам in dovoljujem Groupama zavarovalnici, podružnici, da lahko od vseh zdravstvenih in drugih ustanov ter organov pregona v mojem imenu zahteva in zbira vso zdravstveno in drugo dokumentacijo, ki je potrebna za ugotovitev temelja in višine obveznosti zavarovalnice. Seznanjen sem z informacijo o obdelavi osebnih podatkov, ki je dostopna tudi na [www.groupama.si](http://www.groupama.si).

Kraj in datum:

Podpis zavarovane osebe ali upravičenca:

## POTRDILO ZAVAROVALCA (sklenitelja)

Naziv:

Naslov:

Telefon:

### ZA DELODAJALCA

Potrujemo, da je \_\_\_\_\_ zaposlen v \_\_\_\_\_

zavarovan s polico številka \_\_\_\_\_

Kraj in datum:

Podpis odgovorne osebe:

## **DOKUMENTACIJA, KI JE POTREBNA ZA OBDELAVO ZAVAROVALNEGA PRIMERA:**

- vsa zdravniška dokumentacija od prvega obiska zdravnika do zaključka zdravljenja
- fotokopija zdravstvenega kartona v delu zdravljenja nezgode (če je zdravljenje potekalo le ambulantno)
- potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela
- odločbe Zavoda za zdravstveno zavarovanje RS v primeru trajanja bolniškega staleža nad 30 dni
- dokazilo o izvajanju fizikalne terapije
- vozniško in prometno dovoljenje (v primeru prometne nesreče)
- policijski zapisnik, če je primer obravnavala policija
- potrdilo o obdobju odsotnosti od šolskega pouka (če je zavarovana oseba učenec ali dijak)

### **V primeru smrti dostaviti še:**

- izpisek iz matične knjige umrlih
- dokazilo o vzroku smrti (obrazec Statističnega urada RS)
- sklep o dedovanju (če so kot upravičenci določeni zakoniti dediči)
- morebitna druga dokumentacija, ki je potrebna za obdelavo zavarovalnega primera

## **NAVODILA ZA PREDLOŽITEV DOKUMENTACIJE:**

Vso dokumentacijo, potrebno za prijavo nastanka zavarovalnega primera, je potrebno predložiti v slovenskem jeziku. Zbrano dokumentacijo je potrebno posredovati osebno ali po pošti na naslov:

Groupama Biztosító Zrt. Zavarovalnica, Podružnica,  
Dunajska cesta 128A  
1000 Ljubljana

oziroma z zaklenjeno datoteko po e-pošti na: [skode@groupama.si](mailto:skode@groupama.si)

**Groupama Biztosító ZÁRTKÖRŰEN MŰKÖDŐ RÉSZVÉNYTÁRSASÁG**  
Budimpešta, Madžarska

Groupama Biztosító Zrt. Zavarovalnica, Podružnica, Dunajska cesta 128A, 1000 Ljubljana. Družba je vpisana pri Okrožnem sodišču v Ljubljani Srg 2022/46955. Matična številka: 9117725000. Davčna številka: SI72608790. TRR: SI56 0400 0027 7728 983, OTP banka d.d. Osnovni kapital: 9.376.000.000 HUF, v celoti vplačan.