

Odškodninski zahtevek za telesne poškodbe

I. Podatki o zavarovancu

Zavarovanec (ime in priimek, naslov oz. naziv podjetja, sedež)		Telefon/GSM
EMŠO oz. matična številka	Davčna številka	E-naslov

II. Podatki o oškodovancu

Oškodovanec (ime in priimek, naslov oz. naziv podjetja, sedež)		Telefon/GSM
EMŠO oz. matična številka	Davčna številka	E-naslov

III. Podatki o škodnem dogodku

Datum in ura nastanka škodnega dogodka	
Kraj nastanka škodnega dogodka (kraj, ulica)	
Vzrok nastanka škodnega dogodka	
Ali ste v sorodstvenem ali kakšnem drugem razmerju z zavarovancem?	ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> Kakšnem?
Opis škodnega dogodka	

IV. Dokazila o zavarovančevi odgovornosti

Ali je škodni dogodek prijavljen na policijo?	ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> Datum prijave:	PP:	Št. zapisnika:
Ali je bil kdo od udeležencev vinjen/pod vplivom mamil?	ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> Kdo?		
Ali je uveden disciplinski postopek ali kazenski postopek? Priložite sodbo oz. odločbo!	ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> Zoper koga?		
Priče škodnega dogodka (ime in priimek, naslov, telefon)			
1.			
2.			
3.			

V. Podatki o utrpelih telesnih poškodbah in utemeljitev zahtevka

Telesne poškodbe	
Pričakovana odškodnina (vaša ocena)	EUR
Utemeljitev zahtevka	

Opomba: Če na formularju ni dovolj prostora, izpolnite prijavo na dodatne liste, ki postanejo kot priloga sestavni del te prijave.

VI. Podatki o prejemniku nakazila

TRR	odprt pri banki (naziv in enota)	lastnik računa (ime in priimek, naslov)
EMŠO oz. matična številka imetnika TRR	davčna številka imetnika TRR	GSM/telefon imetnika računa

VII. Priloge in opombe

Priloge	medicinska dokumentacija <input type="checkbox"/> računi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Opombe	

Izjava: Za dane podatke in navedbe materialno in kazensko odgovarjam. Zavarovalnici dovoljujem, da lahko za potrebe reševanja prijavljenega zavarovalnega primera, zbira podatke o dogodku, udeleženi osebah in vozilih.

V, dne

Podpis oškodovanca in žig pravnih oseb

Datum in podpis pooblaščenca zavarovalnice, ki je sprejel prijavo