

ODŠKODNINSKI ZAHTEVEK ZA TELESNE POŠKODBE iz zavarovanja civilne/poklicne odgovornosti



Škodni spis št.

Polica št.

1. PODATKI O ZAVAROVANI OSEBI

Ime in priimek/Naziv:	Rojstni datum/Matična št.:	Davčna številka:
Ulica in hišna številka:	Št. pošte:	Kraj:
Elektronski naslov:	Tel. št.:	

2. PODATKI O OŠKODOVANCU

Ime in priimek/Naziv:	Rojstni datum/Matična št.:	Davčna številka:
Ulica in hišna številka:	Št. pošte:	Kraj:
Elektronski naslov:	Tel. št.:	

3. 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?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, kakšenem:

Točen opis dogodka (kako je do škodnega dogodka prišlo):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DOKAZILA ODGOVORNOSTI ZAVAROVANCA

Ali je bil škodni dogodek prijavljen policijski postaji?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, PP:	Datum prijave:
Ali je bil kdo od udeležencev vinjen/pod vplivom mamil?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, kdo:	
Ali je uveden disciplinski postopek ali kazenski postopek? Priložite sodbo oz. odločbo.	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, zoper koga:	

PODATKI O PRIČAH ŠKODNEGA DOGODKA

Ime in priimek	Naslov	Telefon

SPECIFIKACIJA ODŠKODNINSKEGA ZAHTEVKA

V škodnem dogodku sem utrpel naslednje telesne poškodbe:

.....

.....

.....

.....

Uveljavljam odškodnino za naslednje oblike škode (ustrezno označite):	<input type="checkbox"/> Telesne bolečine in nevspečnosti med zdravljenjem
	<input type="checkbox"/> Strah
	<input type="checkbox"/> Duševne bolečine zaradi trajnega zmanjšanja življenjskih aktivnosti
	<input type="checkbox"/> Duševne bolečine zaradi skaženosti
	<input type="checkbox"/> Ostale duševne bolečine
	<input type="checkbox"/> Ostalo z dokazili ali računi

Podrobnejši opis ali utemeljitev zahtevka:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Za navedeno želim prejeti odškodnino v predvideni višini:

Opomba: Če na formularju ni dovolj prostora, mu dodajte list papirja in nanj napišite dodatne podatke.

6. PRILOGE IN OPOMBE

Priloge:

Medicinska dokumentacija

Računi

Drugo:

Opombe:

.....

.....

2. PODATKI O PREJEMNIKU NAKAZILA

Ime in priimek/Naziv:	Rojstni datum/Matična št.:	Davčna številka:
Ulica in hišna številka:	Št. pošte in kraj:	Tel. št.:
Naziv banke:	TRR: SI56 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Ali ste v postopku osebnega stečaja?	NE DA, podatki o stečajnem upravitelju:	

Polja izpolniti v primeru, če prejemnik nakazila ni enak oškodovancu.

7. IZJAVA

Za dane podatke in navedbe materialno in kazensko odgovarjam. Zavarovalnici dovoljujem, da lahko za potrebe reševanja prijavljenega zavarovalnega primera zbira podatke o dogodku in udeležениh osebah. Seznanjen sem z informacijo o obdelavi osebnih podatkov, dostopno na www.generali.si/vop.

Kraj in datum:	Podpis oškodovanca in žig pravnih oseb: