ODŠKODNINSKI ZAHTEVEK ZA TELESNE POŠKODBE
iz zavarovanja civilne/poklicne odgovornosti

429

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?	☐ NE ☐ DA, kakšnem:

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. DOKAZILA ODGOVORNOSTI ZAVAROVANCA

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

5. PODATKI O PRIČAH ŠKODNEGA DOGODKA

Ime in priimek	Naslov	Telefon

GENERALI zavarovalnica d.d., Kržičeva ulica 3, SI–1000 Ljubljana | Matična številka: 5186684000 | ID za DDV: SI88725324 I Okrožno sodišče v Ljubljani I Osnovni kapital 39.520.347,18 EUR I Družba pripada zavarovalniški skupini Generali Group, vpisani v italijanski register zavarovalniških skupin pod vložno št. 26, ki ga vodi IVASS.

6. SPECIFIKACIJA ODŠKODNINSKEGA ZAHTEVKA

V škodnem dogodku sem utrpel naslednje telesne poškodbe:

Uveljavljam odškodnino za naslednje oblike škode (ustrezno označite):	☐ Telesne bolečine in nevšečnosti med zdravljenjem ☐ Strah ☐ Duševne bolečine zaradi trajnega zmanjšanja življenjskih aktivnosti ☐ Duševne bolečine zaradi skaženosti ☐ Ostale duševne bolečine ☐ 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.

7. PRILOGE IN OPOMBE

Priloge:

☐ Medicinska dokumentacija
☐ Računi
☐ Drugo:

Opombe:

8. 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**	
Ali ste v postopku osebnega stečaja?	☐ ne ☐ da, podatki o stečajnem upravitelju:	

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

9. 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 udeleženih osebah. Seznanjen sem z informacijo o obdelavi osebnih podatkov, dostopno na www.generali.si/vop.

Kraj in datum:	Podpis oškodovanca in žig pravnih osebe:

GENERALI zavarovalnica d.d., Kržičeva ulica 3, SI–1000 Ljubljana | Matična številka: 5186684000 | ID za DDV: SI88725324 I Okrožno sodišče v Ljubljani I Osnovni kapital 39.520.347,18 EUR I Družba pripada zavarovalniški skupini Generali Group, vpisani v italijanski register zavarovalniških skupin pod vložno št. 26, ki ga vodi IVASS.