Škodni spis št.: .....

Polica št.: .....

Odškodninski zahtevek za telesne poškodbe

iz zavarovanja civilne/poklicne odgovornosti

PODATKI O ZAVAROVANI OSEBI

Ime in priimek/Naziv:	EMŠO (MŠ za pravne osebe) ali davčna številka:	
Ulica in hišna številka/Sedež:	Št. pošte:	Kraj:
Tel. št.:	Elektronski naslov:	

PODATKI O OŠKODOVANCU

Ime in priimek//Naziv:	EMŠO (MŠ za pravne osebe) ali davčna številka:	
Ulica in hišna številka/Sedež:	Št. pošte:	Kraj:
Tel. št.:	Elektronski naslov:	

PODATKI O ŠKODNEM DOGODKU

1. Datum in ura nastanka škodnega dogodka:	
2. Kraj nastanka škodnega dogodka (kraj, ulica):	
3. Vzrok nastanka škodnega dogodka:	
4. Ali ste v sorodstvenem ali kakšnem drugem razmerju z zavarovancem?	☐ NE ☐ DA Kakšnem: .....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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? .....

PODATKI O PRIČAH ŠKODNEGA DOGODKA

Ime in priimek	Naslov	Telefon

ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d., Ljubljanska cesta 3a, 6503 Koper; družba je vpisana v sodnem registru Okrožnega sodišča v Kopru; ID št. za DDV: SI63658011; matična št.: 5063361; osnovni kapital 42.999.529,80 EUR vplačan v celoti.

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.

PRILOGE IN OPOMBE

Priloge:

- ☐ Medicinska dokumentacija
- ☐ Računi
- ☐ Drugo:

Opombe: .....

.....

.....

PODATKI O PREJEMNIKU NAKAZILA

Ime in priimek*:	EMŠO (MŠ za pravne osebe) ali davčna številka:	
Ulica in hišna številka/Sedež*:	Št. pošte in kraj*:	Tel. št.*:
Naziv banke:	Transakcijski račun: **SI56**	

Ali ste v postopku osebnega stečaja? ☐ NE ☐ DA Podatki o stečajnem upravitelju: .....

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

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.as.si/vop.

Kraj in datum:	Podpis oškodovanca in žig pravnih osebe:

ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d., Ljubljanska cesta 3a, 6503 Koper; družba je vpisana v sodnem registru Okrožnega sodišča v Kopru; ID št. za DDV: SI63658011; matična št.: 5063361; osnovni kapital 42.999.529,80 EUR vplačan v celoti.