

Prijava škode NEZGODNO ZAVAROVANJE

Številka zavarovalne police:
Številka škode:

Sklenitelj zavarovanja (izpolni v primeru, če ni istočasno tudi »Poškodovanec«)	Priimek / Ime	Rojstni datum	D	M	L	<input type="checkbox"/> moški spol <input type="checkbox"/> ženski spol
	Ulica / hišna številka	Samozaposlen:	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Državljanstvo		
	Poštna št.	Naselje	Davčna številka		Telefonska številka	
	Poklic (točen opis dela)		Elektronski naslov			
Poškodovanec	Priimek / Ime	Rojstni datum	D	M	L	<input type="checkbox"/> moški spol <input type="checkbox"/> ženski spol
	Poklic (točen opis dela)		Samozaposlen:		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
	Poštna št.	Naselje / ulica / hišna številka		Državljanstvo		
	Pri kateri zdravstveni zavarovalnici ima poškodovanec sklenjeno zavarovanje?					
Je poškodovanec nezgodno zavarovan še pri kateri drugi zavarovalnici? <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da, pri kateri? Številka zavarovalne police:						

Škodni dogodek	Kraj nezgode (naselja, ulica, hišna številka):		Priče dogodka (priimek, ime, naslov, telefon)		
	Datum:	Prosimo vas, da nam za omogočanje hitre rešitve vašega odškodninskega zahtevka posredujete običajne potrebne dokumente, ki so vezani na nezgodo (Potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela, zdravniške izvide, bolniške liste, ipd.).			
	Ura:	Ali obstaja policijski zapisnik? Katera policijska postaja ga je sestavila?			
	Navedite naziv in naslov zdravnika, ki je poškodovanega ob nezgodi pregledal:				
	Navedite poškodovančevega osebnega zdravnika oz. zdravnika, ki najbolje pozna poškodovančevo zdravstveno stanje pred nezgodo:				
	Ali in v kateri višini je za to nezgodo že bila izplačana zavarovalnina?				
	Ali je poškodovani pred nezgodo bil v zdravniški oskrbi?	<input type="checkbox"/> da, vzrok? <input type="checkbox"/> ne	Ali je bolniški stalež že zaključen?	<input type="checkbox"/> da, z dnem: _____ <input type="checkbox"/> ne	
	Ali je poškodovani pred nezgodo imel telesne tegobe ali trajne zdravstvene težave?	<input type="checkbox"/> da, katere? <input type="checkbox"/> ne	Iz katerega naslova (npr. dnevno nadomestilo, trajna invalidnost, ipd.) uveljavljate odškodninski zahtevek?		
	Podrobno poročilo o poteku in vzrokih nezgode (še posebej pri kateri dejavnosti oz. priložnosti, v katerem prostoru), v primeru potrebe tudi priložite skico:				
	Nakazilo zavarovalnine naj se izvrši na transakcijski račun: <input type="checkbox"/> sklenitelj zavarovanja, naslov isti kot zgoraj! <input type="checkbox"/> banka _____ številka TRR _____				
Datum, podpis poškodovanca		Datum, podpis sklenitelja zavarovanja			

Soglašam in dovoljujem ter istočasno pooblašчам ERGO Versicherung Aktiengesellschaft, podružnico v Sloveniji, da lahko vezano na ta škodni dogodek poizveduje in zahteva vse potrebne dokumente pri za to pristojnih organih (npr. policija, sodišče, ipd.).

Kraj, datum

Podpis sklenitelja zavarovanja