

ODŠKODNINSKI ZAHTEVEK ZA ŠKODO ZARADI TELESNIH POŠKODB

Iz naslova zavarovanja avtomobilske odgovornosti (A0)



1. Podatki o vlagatelju zahtevka

Ime in Priimek: _____

Naslov: _____

Davčna številka: _____

Telefonska številka: _____ E-pošta: _____

2. Telesne poškodbe

Poškodovani deli telesa (označi): Glava Vrat Roke Telo Noge

Diagnoza: _____

Zdravstvene težave oziroma zapleti, ki so se pojavili med zdravljenjem: _____

Čas trajanja zdravljenja: _____

Ste bili zaradi telesnih poškodb v bolniškem staležu? DA NE Trajanje: _____

(št. dni)

Fizioterapije (označi): DA NE Število fizioterapij: _____

3. Podatki o povzročitelju

Naziv: _____ Naslov: _____

Telefonska številka: _____ E-pošta: _____

3.1 Podatki o zavarovanju:

Številka zavarovalne police: _____ Registrska številka: _____

Znamka vozila: _____ Komericalna oznaka vozila: _____

4. Podatki o prometni nezgodi

Datum: _____ Čas: _____ Kraj dogodka: _____

Ali je bila prisotna policija? (označi) DA NE (ulica, križišče, relacija)

Naziv policijske postaje oz. policijske uprave: _____

Imena in priimki morebitnih prič prometne nezgode: _____
