

# ODŠKODNINSKI ZAHTEVEK VOZNIKA VOZILA 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4.1 Podroben opis okoliščin prometne nezgode:**

---

---

---

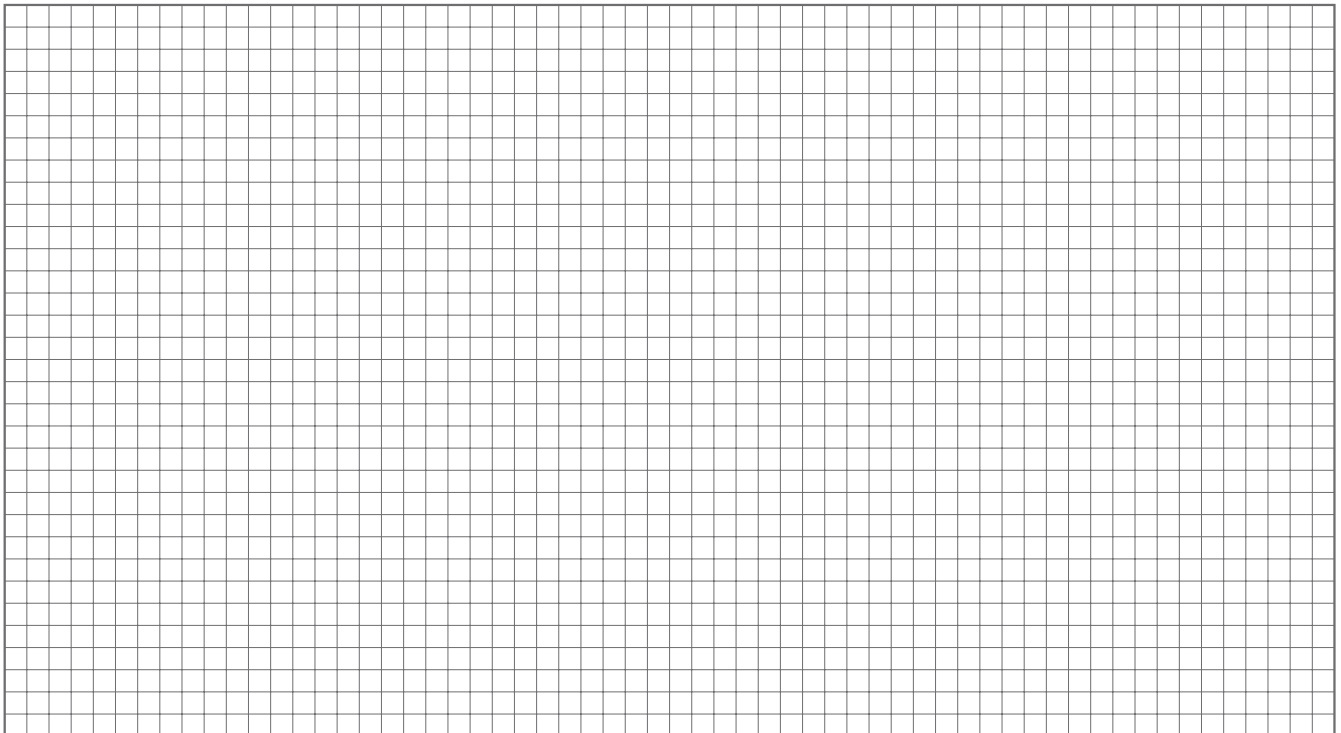
---

---

---

---

**4.2 Skica prometne nezgode (v skici označite smer gibanja vozil, ulice, prometne znake,...):**



**5. Višina zahtevane odškodnine v EUR:** \_\_\_\_\_

**Zahtevki za odškodnino se vloga šele, ko je zdravljenje zaključeno. Obrazcu obvezno priložite vso zdravstveno dokumentacijo: izvide specialistov, morebitne kartončke fizioterapij, kopijo kartoteke osebnega zdravnika za čas zdravljenja in bolniške liste, v kolikor ste bili v bolniškem staležu.**

Za ugotavljanje višine pravno priznane škode se uporabljajo predpisi slovenskega odškodninskega prava za odmero nepremoženjske škode.

**Podpisani izjavljam in s svojim podpisom potrjujem, da sem na vsa vprašanja odgovoril po resnici in popolno in sem seznanjen s tem, da lahko morebitno zamolčanje ali neresničnost podane izjave privede do izgube zavarovalnega kritja. GRAWE zavarovalnico, d.d., pooblašчам, da opravi vse poizvedbe, ki so potrebne za reševanje tega škodnega primera (npr. pri policiji, tožilstvu, sodišču, drugih zavarovalnicah ipd.).**

V \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis / žig zavarovanca / vlagatelja zahtevka