

ERGO Versicherung AG  
ERGO Center  
Poslovni park Marimum / Objekt 3  
Modecenterstraße 17, 1110 Dunaj  
www.ergo.si; www.ergo-versicherung.at

Prosimo, da se v primeru vprašanj  
obrnete na Zavarovalnica Sava  
Cankarjeva 3, 2000 Maribor  
Telefon: 080 19 20, www.zav-sava.si  
Email: skode.ergo@zav-sava.si

## IZPOLNI ZAVAROVALNICA

Prijava škode:
Številka škodnega spisa.:
Polica številka:

## ODŠKODNINSKI ZAHTEVEK ZA TELESNE POŠKODBE

- OŠKODOVANEC (priimek in ime, zaposlitev, poklic).....  
Naslov: ....., davčna št.: .....  
Telefonska št.: .....  
Elektronski naslov: .....
- Odškodninski zahtevek uveljavljam na podlagi (ustrezno označite):
  - Zavarovanja avtomobilske odgovornosti povzročitelja škode (AO):**  
Zavarovanec (ime in priimek oz. firma).....,  
davčna št. ...., naslov: .....  
ki ima sklenjeno zavarovanje avtomobilske odgovornosti za motorno vozilo: registrska št.:  
..... polica št. ....
  - Zavarovanja voznika za škodo zaradi telesnih poškodb (AO plus), po polici št.:** .....
  - Zavarovanja civilne odgovornosti povzročitelja škode (CO):**  
Zavarovanec (ime in priimek oz. firma).....,  
davčna št. ...., naslov: .....  
ki ima sklenjeno zavarovanje .....  
polica št. ....
- Škodni dogodek oziroma nesreča je bil(a) dne ..... v ..... ob ..... uri.  
Kako in zakaj je prišlo do škodnega dogodka oziroma nesreče?  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....

V čem je po vašem mnenju odgovornost povzročitelja škode? .....

.....  
.....  
.....

4. O škodnem dogodku oziroma nesreči so bili obveščeni (ustrezno označite):

- Policija:  
.....  Inšpekcija  
za delo: .....  Služba za  
varstvo pri delu: .....
- Drugi:  
.....

5. Imena, priimki in naslovi prič škodnega dogodka oziroma nesreče: .....

.....  
.....  
.....

6. Ali vam je bila na kraju dogodka nudena zdravniška pomoč oziroma kdaj in kje ste obiskali zdravnika?

.....  
.....

7. Opis poškodb:

.....  
.....  
.....  
.....

8. V bolniškem staležu ste bili od ..... do .....

9. Opišite zdravstvene težave oziroma nevšečnosti, ki ste jih imeli med zdravljenjem (npr. bivanje v bolnišnici, bolečine, imobilizacija, fizioterapija, zdravila ipd.):

.....  
.....  
.....  
.....

10. Ali pričakujete zdravstvene težave tudi v bodoče?    Da    Ne

11. Ali ste zaradi poškodbe trpeli strah?                                    Da    Ne

12. Ali vam je poškodba zapustila trajne posledice, zaradi katerih sedaj določenih aktivnosti ne morete več opravljati oz. jih lahko opravljate le s povečanim naporom? Da Ne

Opišite te zmanjšane aktivnosti:

.....  
.....  
.....  
.....

13. Ali vam je poškodba zapustila skaženost? Da Ne

Opišite mesto in vaše občutke ob tem?

.....  
.....  
.....  
.....

14. Ali ste imeli v zvezi z zdravljenjem posebne stroške?

.....  
.....

15. Ali ste bili zaradi poškodbe prikrajšani na zaslužku?

.....  
.....

16. Ali so bili v nezgodi poškodovani vaši osebni predmeti?

.....  
.....

17. Ali vam je nastala še kakšna druga škoda?

.....  
.....

Priloge:

- o Zapisnik ali poročilo o škodnem dogodku oz. nesreči:

.....  
.....

- o Vso zdravstveno dokumentacijo:

.....  
.....

- o Dokazila o osebni premoženjski škodi:

.....  
.....

- o Drugo:

.....  
.....

V/na ....., dne .....

Oškodovanec