

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

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 pooblaščam 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