



WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG
 Vienna Insurance Group
 Schottenring 30, 1010 Wien
 Wiener Städtische zavarovalnica
 Podružnica v Ljubljani
 Masarykova 14
 1000 Ljubljana

IZPOLNI ZAVAROVALNICA

Prijava škode:
Škoda št.:
Polica št.:

PRIJAVA ŠKODNEGA PRIMERA ODGOVORNOSTI ZAVAROVANCA

Zavarovanec:	
Točen naslov:	
Telefon:	E-pošta:
Kraj škode:	Občina:
Datum in ura nastanka škode (obvezno)	
1. Ime in naslov osebe, ki je oškodovana in od vas terja odškodnino:	
2. Kratak opis dogodka - vzroka škode, kakor tudi okoliščin, zaradi katerih je nastala škoda:	
3. kateri postaji policije je prijavljena nezgoda?	
4. Ali je bila nezgoda prijavljena in kdaj z obrazcem ER-8? (Če je bila prijavljena, obvezno priložite kopijo obrazca).	
5. Priče – očitvidci škodnega dogodka:	
6. Koliko znaša približno škoda?	
7. kateri predmeti so uničeni ali poškodovani oz. opis telesnih poškodb:	
8. Številka police, po kateri imate zavarovano svojo odgovornost:	

Podpisani izjavljam in s svojim podpisom potrjujem, da sem na vsa vprašanja odgovoril resnično.

V _____, dne _____

 Zavarovanec/ Podpis pooblaščenice osebe in žig



Prijava škode:

Škoda št.:

Polica št.:

ODŠKODNINSKI ZAHTEVEK

Opomba: Zahtevek bomo lahko obravnavali, če bo odškodninski zahtevek pravilno in v celoti izpolnjen in ko bomo prejeli vsa dokazila o odgovornosti našega zavarovanca in dokazila o višini škode.

Oškodovanec:	
Ulica in hišna št.:	
Kraj in poštna št.:	
Občina:	
Telefon:	E-pošta:
Kontaktna oseba:	

Zavarovanec (povzročitelj) _____

Popoln naslov _____

Je povzročil dne _____ ob _____ v (natančna navedba kraja in datuma škodnega dogodka)

tako, da je (natančen opis škodnega dogodka s skico) _____

Številka škode:

PRIJAVA NESREČE

Prosimo, da na vprašanja odgovorite izčrpno! Ustrezno označite s

PODATKI O ZAVAROVALNI OSEBI

Številka police:	Ime in priimek ponesrečenca:	Datum rojstva:
Naslov in hišna številka:	Poštna številka:	Kraj:
Trenutno zaposlen kot:	Delodajalec:	Telefonska številka:

PODATKI O NESREČI

Datum nesreče:	Ura:
Na katerem mestu oziroma v katerem prostoru se je zgodila nesreča?	
Prosimo, da natančno opišete potek nesreče:	
Z opisom lahko nadaljujete na ločenem listu!	
Ime in priimek, naslov lečečega zdravnika:	

PODATKI O DRUGIH OBSTOJEČIH NEZGODNIH ALI ŽIVLJENJSKIH ZAVAROVALNIH

Vrsta pogodbe:	Ime zavarovalnice:	Številka police:
----------------	--------------------	------------------

NESREČA Z MOTORNIM VOZILOM

Ime in priimek voznika:	Številka voziškega dovoljenja:	Izdano dne:	Kategorija:
Ali je policija sestavila zapisnik o dejanskem starju? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Naslov policijske postaje:		
Ali ste nesrečo prijavili? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Ime in priimek povzročitelja:		
Podatki o vozilu: <input type="checkbox"/> osebno vozilo <input type="checkbox"/> motor <input type="checkbox"/> ali drugo <input type="checkbox"/> tovorno vozilo <input type="checkbox"/> moped	Znamka:	Registrska številka:	Številka šasije:
Število oseb, vključno z voznikom, v zavarovanem vozilu, v trenutku nesreče:	So bile osebe pripete z varnostnim pasom? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne Katere?		

NAKAZILO ZAVAROVALNINE

<input type="checkbox"/> na banko	Banka:	Oznaka banke:	Številka računa:	Imetnik računa:
-----------------------------------	--------	---------------	------------------	-----------------

Kraj in datum:	Na zastavljena vprašanja sem pravilno in izčrpno odgovoril/a.
	Podpis zavarovanca:

POOBLASTILO ZA VPOGLED V MEDICINSKO DOKUMENTACIJO

Bolnica:	Številka sprejema:
Za ureditev zahtevka k zavarovalni polici številka se strinjam, da se WIENER STAEDTISCHE ALLGEMEINE VERSICHERUNG AG dajo bolniški izvidi oziroma protokoli ambulante na razpolago. Izrecno se potrjuje, da ste odvezani dolžnosti varovanja tajnosti.	
Kraj in datum:	Naslov in datum rojstva zavarovanca:
	Podpis zavarovanca:

OPOMBE LEČEČEGA ZDRAVNIKA

DIAGNOZA

Prosimo, da na vprašanja odgovorite izčrпно! Ustrezno označite s

Prosimo, da točno opišete poškodbo:

--

ZDRAVSTVENA PRIZADETOST PRED NESREČO

Ali je bil poškodovani že pred nesrečo zdravstveno prizadet?
(Npr. zlomi, izguba ali zmanjšana uporaba okončin, zmanjšanje vid, zmanjšanje sluh, epilepsija, diabetes, težave s hrbtenico, težave s srcem idr.)

--

VZROK POŠKODBE

Ali je poškodba nedvoumno nastala zaradi nesreče?

da ne

Drugi vzroki (npr. obstoječe bolezni)

Ali so zaradi tega posledice nesreče hujše?

da ne

V kakšnem obsegu?

POSLEDICE NESREČE

Ali se posledice pričakujejo ali so že nastopile?

da ne

Katere?

Ali ima nesreča za posledico trajno invalidnost?

da ne

Katero?

ZDRAVLJENJE V BOLNIŠNICI

Ime in naslov bolnišnice:

Način zdravljenja:

ambulantno

od do

stationarno

od do

--	--

OVIRE PRI POKLICU

Ali poškodovani lahko zapusti sobo?

da ne

Ali ste poškodovancu predpisali mirovanje v postelji?

da ne

Koliko časa je potrebno upoštevati te odredbe?

Ali je poškodovani zaradi nesreče oviran pri zaposlitvi?

popolnoma Kako dolgo?

deloma Kako dolgo?

PRVA ZDRAVNIŠKA POMOČ

Kdaj je bila zahtevana prva zdravniška pomoč?

Datum:

Ura:

Kdo jo je izkazal?

Kdo je vse zdravil poškodovanega?

Kraj in datum:

Podpis lečečega zdravnika:

NEZ-PR-10/04



Wiener Städtische Allg. Versicherung AG,
Schottenring 30, 1010 Wien
Wiener Städtische zavarovalnica
Podružnica v Ljubljani
Masarykova cesta 14
1000 Ljubljana

IZPOLNI ZAVAROVALNICA

Prijava škode:
Škoda št.:
Polica št.:

PRIJAVA SMRTI

Podpisani: Telefon/GSM:.....

Naslov:

kot: zavarovalec , upravičenec, pooblaščenec, drugo

prijavljam, da je dne: umrl zavarovanec po priloženi zavarovalni polici:

Ime in priimek zavarovanca: , naslov:

.....

Datum in kraj smrti:

in prilagam naslednje dokumente:

Polico številka:

Zadnje potrdilo o plačani premiji za mesec

Izpisek iz matične knjige umrlih (potrebujemo original, ki vam ga bomo vrnili)

Izjava o

Zdravniško poročilo o smrti

Zdravniško dokumentacijo

Fotokopije osebnih dokumentov upravičencev:

Podatki o upravičencih:

1. upravičenec tega zavarovanja je (ime in priimek)

(točen naslov)

Številka osebnega dokumenta datum rojstva:

Številka osebnega računa:

pri banki:

						-													
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. upravičenec tega zavarovanja je (ime in priimek)

(točen naslov)

Številka osebnega dokumenta datum rojstva:

Številka osebnega računa:

pri banki:

						-													
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. upravičenec tega zavarovanja je (ime in priimek)

(točen naslov)

Številka osebnega dokumenta datum rojstva:

Številka osebnega računa:

pri banki:

						-													
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. upravičenec tega zavarovanja je (ime in priimek)
 (točen naslov)
 Številka osebnega dokumenta datum rojstva:
 Številka osebnega računa:
 pri banki:

						-													
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

V primeru, da je do smrti zavarovanca prišlo zaradi bolezni, dajem naslednje podatke:

- a) Zavarovanec je bil zdravljen zaradi bolezni (navesti čas in kraj – doma ali v bolnici, kateri):

- b) Ime zdravnika, ki ga je zdravil:
- c) Zavarovanec je umrl (doma ali v bolnici, kateri):

O prejšnjih boleznih zavarovanca mi je znano naslednje:

- a) Zaradi katerih bolezni se je zdravil in kdaj:
- b) Doma ali v bolnici, kateri:
- c) Imena in naslovi zdravnikov, ki so ga zdravili:

V primeru, da je do smrti zavarovanca prišlo zaradi nezgode, dajem naslednje podatke:

- d) Smrt je nastopila, kot posledica nezgode pri naslednji dejavnosti:

- e) Čim natančneje opišite okoliščine nezgode:
- f) Ali je bil pokojni pod vplivom alkohola:
- g) Ali je bil narejen policijski zapisnik (katera policijska postaja):.....

Zagotavljam, da so vse navedbe resnične in jamčim za njihovo točnost. Pooblaščam zavarovalnico Wiener Städtische, za vpogled v vse akte, povezane s smrtjo zavarovanca, da jih prepíše ali fotokopira.

V , dne
Predlagatelj (pri ženskah tudi dekliški priimek)

Priloge kosov.