

## Spletna prijava škode iz zavarovanja voznika za škodo zaradi telesnih poškodb (AO-plus)

### 1. Oškodovanec:

Ime in priimek:

Naslov:

Davčna številka:

Telefon:

Elektronski naslov:

### 2. Zavarovalnino uveljavljam iz naslova AO-plus zavarovanja:

Zavarovanec po AO-plus polici (ime, priimek, oziroma ime družbe):

naslov:

elektronski naslov:

ki ima sklenjeno zavarovanje avtomobilske odgovornosti za motorno vozilo reg. številka:

pri zavarovalnici (ime zavarovalnice):

, s polico številka:

### 3. Podatki o dogodku in kratek opis prometne nezgode:

datum:

ura:

v kraju:

Kako in zakaj je prišlo do nezgode:

Zakaj menite, da ste kot povzročitelj škode odgovoren za prometno nezgodo?

### 4. O zgoraj navedenem in opisanem dogodku ste obvestili:

Policijo:

Druge organe (navedite katere):

### 5. Ali je policija (drug organ) opravila ogled nezgode in napravila zapisnik?

Da

Ne

Priče (navedite ime, priimek, telefon, naslov):

### 6. Ali ste bili v nezgodi telesno poškodovani?

Da

Ne

Ali vam je bila zaradi poškodb nudena zdravniška pomoč oziroma kdaj in kje ste iskali zdravniško pomoč?

### 7. Opis telesnih poškodb:

**8. Ali ste bili zaradi zdravljenja v bolniškem staležu?**

Da (od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ ) Ne

oziroma, koliko časa je trajalo zdravljenje?

**9. Opišite kratek potek zdravljenja in nevšečnosti, ki ste jih pretrpeli v tem času:**

**10. Ali vam je poškodba pustila trajne posledice, zaradi katerih dnevnih aktivnosti ne morete več opravljati oziroma jih izvajate z večjim naporom:**

Da (opiši posledice) Ne

- Opiši vpliv posledic na sposobnost za delo na delovnem mestu:
  
- Opiši vpliv posledic na sposobnost za delo doma:
  
- Opiši vpliv posledic na sposobnost za šport in rekreacijo ter druge aktivnosti:

**11. Ali vam je poškodba povzročila skaženost? Da Ne**

- Opišite skaženost in priložite fotografijo:

**12. Ali so vam v zvezi s poškodbo in zdravljenjem nastali stroški? Da Ne**

Strošek prevoza do zdravnika, terapij, fizioterapij:

Stroški zdravil:

Strošek zdravstvenih pripomočkov:

**13. Ali ste bili prikrajšani pri plači: Da (priloži plačilne liste za 3 mesece pred in za čas bolniške odsotnosti) Ne**

Prijavi prilagam (označite kaj prilagate):

Zapisnike, ali poročilo o škodnem dogodku (policije, drugega organa)

Vso zdravstveno dokumentacijo

Dokazila o premoženjski škodi (stroški zdravljenja, izguba na zaslužku, poškodovani osebni predmeti)

Številko osebnega računa in naziv banke

**S podpisom te prijave soglašam, da družba lahko obdeluje moje osebne podatke v skladu z veljavno zakonodajo z namenom uveljavitve odškodnine.**

Podpisani izjavljam, da so vsi navedeni podatki resnični. Zavestno neresnično navajanje podatkov pomeni kaznivo dejanje goljufije po 211. členu KZ-1, ki se preganja po uradni dolžnosti.

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

Oškodovanec (ime in priimek): \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_