

PRIJAVA ŠKODE IZ ODGOVORNOSTI

Izpolnjevanje te tiskovine služi izključno zavarovalnici, da bi ugotovila način in potek nezgode in da bi čim hitreje nadomestila škodo.



Škodni spis št.

Polica št.

1. ZAVAROVANEC

Ime in priimek/Naziv:		Davčna številka:
Ulica in hišna številka:	Št. pošte:	Kraj:
Elektronski naslov:		Tel. št.:

2. PODATKI O VOZILU

Vrsta, znamka in tip vozila :	Reg. številka:
-------------------------------	----------------

3. PODATKI O VOZNIKU

Ime in priimek:	Rojstni datum:	Tel. št.:
Ulica in hišna številka:	Št. pošte:	Kraj:
Številka vozniškega dovoljenja:	Kategorija:	Datum veljavnosti:

4. PODATKI O ŠKODI

Datum in ura nastanka škodnega dogodka/prometne nesreče:	
Kraj škode/dogodka/nesreče/nezgode (kraj, ulica, relacija):	
Vremenski pogoji:	<input type="checkbox"/> dež <input type="checkbox"/> toča <input type="checkbox"/> sneg <input type="checkbox"/> poledica <input type="checkbox"/> megla <input type="checkbox"/> noč <input type="checkbox"/> drugo:
Preglednost:	<input type="checkbox"/> dobra <input type="checkbox"/> slaba <input type="checkbox"/> ovinek <input type="checkbox"/> križišče <input type="checkbox"/> klanec <input type="checkbox"/> drugo:
Kdo je povzročitelj (ime, priimek, naslov)?	
Vzrok škode (obvezno izpolnite):	
Hitrost vožnje tik pred škodnim dogodkom / prometno nesrečo:	
Izpolnjeno evropsko poročilo:	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, v prilogi
Ali je bil škodni primer prijavljen policiji?	<input type="checkbox"/> NE, navedite razlog: <input type="checkbox"/> DA, navedite ime PP:
Ukrepi Policije:	<input type="checkbox"/> preizkus alkoholiziranosti <input type="checkbox"/> strokovni pregled <input type="checkbox"/> denarna kazen <input type="checkbox"/> drugo:
Ali je voznik zavarovančevega vozila opravil preizkus alkoholiziranosti:	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, rezultat:
Navedite priče (ime, priimek, naslov, telefon):
Ali imate sklenjeno kasko zavarovanje pri drugi zavarovalnici?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, pri zavarovalnici:
Ali ste prijavili škodo iz tega kaskozavarovanja?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, vodi se pod številko:
Stanje zavarovanega vozila po poškodbi:	<input type="checkbox"/> v voznem stanju <input type="checkbox"/> nevozno
Ogled je možen (kraj, datum, kontaktna oseba, telefon):	

9. IZJAVA V PRIMERU, DA ZAVAROVANO VOZILO NI BILO POŠKODOVANO:

Izjavljam, da v obravnavani prometni nesreči moje (zavarovančevo) vozilo ni bilo poškodovano oz. ni utrpelo nobenih vidnih poškodb.	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA
Potrdujem, da je bilo vozniško dovoljenje voznika zavarovanega vozila v času prometne nesreče veljavno (brez ukrepov začasnega odvzema oziroma prepovedi vožnje):	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA
Strinjam se s kopiranjem osebnih dokumentov za potrebe reševanja škodnega primera:	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA
Ob vrnitvi obrazca prijave škodnega primera iz zavarovanja avtomobilske odgovornosti je potrebno priložiti fotokopije obeh strani vozniškega in prometnega dovoljenja. Za točnost podatkov o vzroku škode in drugih podatkih, navedenih v tem zahtevku, odgovarjam materialno in kazensko ter nosim morebitne posledice, ki bi zaradi tega nastale. Zavarovalnici dovoljujem, da lahko za potrebe reševanja prijavljenega zavarovalnega primera, zbira podatke o dogodku, udeleženi osebah in vozilih. Seznanjen sem z informacijo o obdelavi osebnih podatkov, ki je dostopna tudi na www.general.si/vop .	
Kraj in datum:	Kraj in datum:
Podpis zavarovanca in žig pravnih oseb:	Podpis pooblaščenca zavarovalnice, ki je sprejel prijavo: