

PRIJAVA AVTOMOBILSKE ŠKODE – KASKO

Št. škodnega primera: _____

1. PODATKI O ZAVAROVANCU

Ime in priimek oz. naziv podjetja:			
Naslov (ulica, hišna št., poštna št., kraj):			
Davčna št.:		Ali ste davčni zavezanec?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
Telefonska št.:		E-mail naslov:	
Št. bančnega računa:			
Veljavno vozniško dovoljenje:	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	Št. vozniškega dovoljenja: Za kategorijo/e:	
Ali vam je v času nastanka škodnega primera bilo vozniško trajno ali začasno odvzeto?		<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	

2. PODATKI O ZAVAROVANEM VOZILU

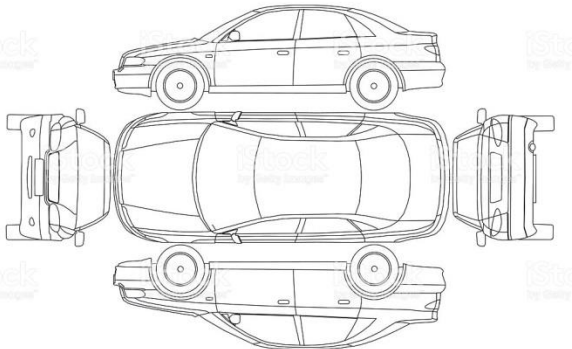
Št. police:			
Znamka in tip vozila:			
Registrska oznaka:		VIN/Identifikacijska št.:	
Datum in kraj prve registracije:		Prevoženi kilometri:	
Predhodne poškodbe:	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	Kratek opis:	
Ali je poškodovani predmet zavarovan tudi pri kateri drugi zavarovalnici in kateri?		<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	Ime zavarovalnice:

3. PODATKI O VOZNIKU

Ime in priimek:			
Naslov (ulica, hišna št., poštna št., kraj):			
Telefonska št.:		E-mail naslov:	
Veljavno vozniško dovoljenje:	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	Št. vozniškega dovoljenja: Za kategorijo/e:	
Ali vam je v času nastanka škodnega primera bilo vozniško trajno ali začasno odvzeto?		<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	

4. PODATKI O ŠKODNEM PRIMERU

Datum in ura:		Kraj:	
Opis nesreče/škode (vzrok škode, vremenske razmere, stanje vozišča, preglednost, hitrost, itn.):			

Skica situacije:	Prosimo, označite poškodbe na vozilu, ki so nastale z zgoraj opisanim dogodkom:
	

Kdo je po vašem mnenju odgovoren za prometno nesrečo in zakaj?			
Ali je bila o dogodku obveščena policija in katera policijska postaja?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne	Policijska postaja:
Če ne, zakaj ne?			
Ali je bilo izpolnjeno Evropsko poročilo o prometni nesreči?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne	

Ali ste v času vožnje bili pod vplivom alkohola?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Ali je bil opravljen test alkoholiziranosti?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Ali ste test alkoholiziranosti zavrnil?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Ali ste v času vožnje bili pod vplivom mamil, psihoaktivnih zdravil ali drugih psihoaktivnih snovi in njihovih presnovkov?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Ali je bil opravljen test za mamila, psihoaktivna zdravila ali druge psihoaktivne snovi in njihove presnovke?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Ali ste test za mamila, psihoaktivna zdravila ali druge psihoaktivne snovi in njihove presnovke zavrnil?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Ali ste bili odpeljani na odvzem krvi ali urina?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne

5. V PRIMERU TRČENJA Z DRUGIM VOZILOM

a) Podatki o zavarovancu soudeleženega vozila:

Ime in priimek zavarovanca:			
Naslov (ulica, hišna št., poštna št., kraj):			
Telefonska št.:		E-mail naslov:	

b) Podatki o vozniku soudeleženega vozila:

Ime in priimek voznika:			
Naslov (ulica, hišna št., poštna št., kraj):			
Telefonska št.:		E-mail naslov:	

c) Podatki o soudeleženem vozilu:

Znamka in tip vozila:			
Registrska oznaka:		Vozilo je zavarovano pri:	

6. POŠKODOVANE OSEBE IN STVARI

Ali je prišlo do telesnih poškodb?			<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Ne
Poškodovane osebe:						
Ime in priimek:	Naslov:		Kontaktni podatki:			

Ali je prišlo do poškodovanja stvari?			<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Ne
Lastniki poškodovanih stvari:						
Ime in priimek:	Naslov:		Kontaktni podatki:			
Ogled poškodovanih stvari je možen:						

Vse poškodovane in ob popravilu zamenjane dele je zavarovanec dolžan shraniti do izplačila zavarovalnine.

7. PRIČE

Priče:			<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Ne
Ime in priimek:	Naslov:		Kontaktni podatki:			

Strinjam se, da ta dokument velja tudi kot prijava škodnega primera iz zavarovanja avtomobilske odgovornosti.	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Ne
S potrditvijo zgoraj navedenega besedila omogočate enostavnejše in hitreje uveljavljanje odškodnin tretjih oseb za škode, ki ste jih s svojim vozilom povzročili na predmetih in osebah v tej prometni nezgodi. V zvezi s tem vas prosimo, da natančno izpolnite točki 4. in 5. tega prijavnega obrazca.				

S podpisom na tem obrazcu izjavljam, da soglašam z možnostjo, da Zavarovalnica Allianz, podružnica Ljubljana splošna obvestila in ostale informacije v zvezi s tem škodnim primerom (npr. zaprosila za dodatno dokumentacijo, obvestila o nakazilu odškodnine ipd.) posreduje v elektronski obliki oz. po elektronski pošti na e-naslov zapisan pod točko 1. tega obrazca.	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Ne
--	--------------------------	----	--------------------------	----

Izjava:

Podpisani jamčim, da so vsi navedeni podatki resnični. Zavestno neresnično navajanje podatkov lahko pomeni kaznivo dejanje goljufije in ima lahko za posledico izgubo zavarovalnih pravic.

Za dane podatke in navedbe materialno in kazensko odgovarjam. Zavarovalnici in po njej pooblaščenim osebam dovoljujem, da lahko za potrebe reševanja prijavljenega zavarovalnega primera zbirajo podatke o dogodku, udeleženi osebah in vozilih ter vpogledajo in pridobivajo listine iz zbirke podatkov o registraciji vozil.

V/Na, dne
Podpis zavarovanca

K zahtevku prilagam naslednja dokazila:

- polico zavarovanca
- policijski zapisnik
- EURO obrazec
- izjavo zavarovanca o krivdi
- dokazila o višini škode (računi)
- fotografije