

PRIJAVA ŠKODNEGA PRIMERA - KASKO

Izpolni zavarovanec

1. Podatki o zavarovancu

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

2. Podatki o vozniku (izpolnite v kolikor zavarovanec ni bil voznik v času nastanka škodnega primera)

Ime in priimek/naziv:			
Naslov (ulica in hišna št., poštna št. in kraj) :			
Davčna št.:			
Telefonska št.:	E-mail:		
Št. voznškega dovoljenja:	Veljavnost voznškega dovoljenja?	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
Ali vam je v času nastanka škodnega primera bilo voznško dovoljenje trajno ali začasno odvzeto?		Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>

3. Podatki o zavarovanem vozilu

Št. zavarovalne police:			
Znamka in tip vozila:			
Registrska oznaka:	VIN št.:		
Datum in kraj prve registracije:	Prevoženi km:		
Ali je poškodovani predmet zavarovan tudi pri kateri drugi zavarovalnici in kateri?			
Ali je vozilo vozno:	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>	

4. Podatki o škodnem dogodku

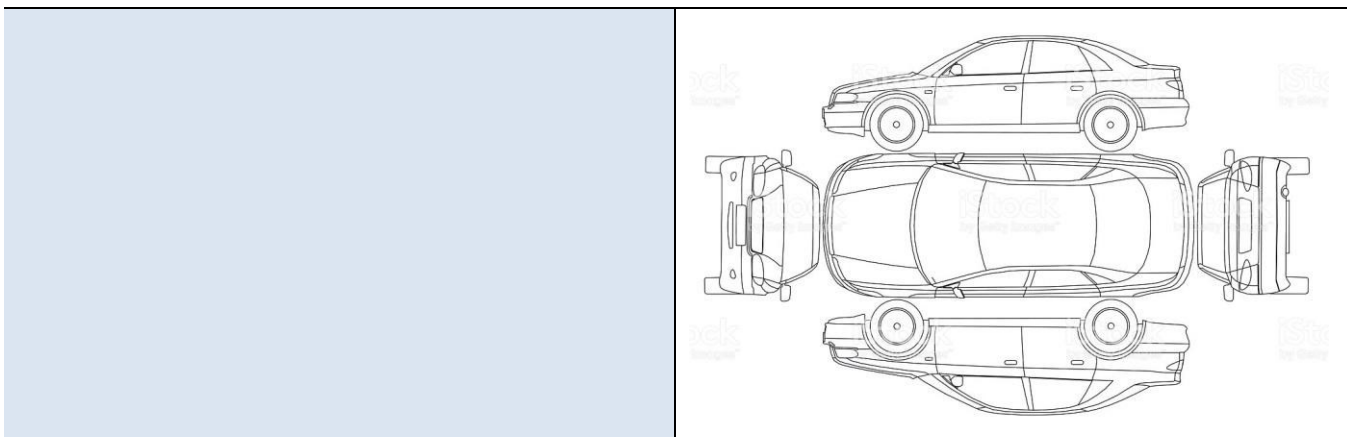
Datum nastanka škodnega dogodka:

Kraj nastanka škodnega dogodka:

Opis škodnega dogodka (kako in zakaj je prišlo do nesreča):

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?

Policijska postaja:

Ali je bilo izpolnjeno Evropsko poročilo o prometni nesreči?

Ali ste v času vožnje bili pod vplivom alkohola?

Da Ne

Ali je bil opravljen test alkoholiziranosti?

Da Ne

Ali ste test alkoholiziranosti zavrnil?

Da Ne

Ali ste v času vožnje bili pod vplivom mamil, psihoaktivnih snovi in njihovih presnovkov?

Da Ne

Ali je bil opravljen test za mamila, psihoaktivne snovi in njihove presnovke?

Da Ne

Ali ste test za mamila, psihoaktivne snovi in njihove presnovke zavrnil?

Da Ne

5. V primeru trčenja z drugim vozilom (podatki o soudeležencu in njegovem vozilu)

Ime in priimek/naziv:

Naslov (ulica in hišna št.,
poštna št. in kraj) :

Davčna št.:

Telefonska št.:

E-mail:

Znamka in tip vozila:

Registrska oznaka:

Vozilo je zavarovano
pri:

6. Priče

Ime in priimek:

Naslov:

Kontakni podatki:

Ime in priimek:	Naslov:	Kontakni podatki:

Strinjam se, da ta dokument velja tudi kot prijava škodnega primera iz zavarovanja avtomobilske odgovornosti.

Da

Ne

S podpisom na tem obrazcu izjavljam, da soglašam z možnostjo, da Allianz Slovenija, podružnica splošna obvestila in ostale informacije v zvezi s tem škodnim primerom posreduje v elektronski obliki oz. po elektronski pošti na e-naslov zapisan pod točko 1. tega obrazca.

Da

Ne

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

Za podane podatke in navedbe materialno in kazensko odgovarjam. Zavarovalnici in po njen pooblaščenim osebam dovoljujem, da lahko za potrebe reševanja prijavljenega zavarovalnega primera zbirajo podatke o dogodku in udeležencih.

V/Na

dne

Podpis zavarovanca