



Škodni spis št.:

Polica št.:

Izpolnjuje zavarovanec

Prijava škode iz odgovornosti

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

Zavarovanec: (ime, priimek, naslov/ naziv, sedež lastnika zavarovanega vozila)		Telefon/GSM	
EMŠO oz. matična številka (pravne osebe)	Davčna številka	E-naslov	Registrska številka
Vrsta, znamka in tip vozila			

Datum in ura nastanka škodnega dogodka / prometne nesreče:			
Kraj škode / dogodka / nesreče / nezgode (kraj, ulica, relacija):			
Voznik: (ime, priimek, naslov, EMŠO, E-naslov)		Telefon/GSM	
Številka vozniškega dovoljenja:		kategorija:	velja od:
Številka potnega naloga (za zavarovance-pravne osebe):			
Vozilo je bilo uporabljeno z dovoljenjem zavarovanca:	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> , namen vožnje:		
Vremenski pogoji:	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:	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)?			
V čem je po vašem mnenju vzrok za nastanek prometne nezgode (obvezno izpolnite)?			
Hitrost vožnje tik pred škodnim dogodkom / prometno nesrečo:			
Izpolnjeno evropsko poročilo:	ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> - v prilogi		
Ali je bila nezgoda prijavljena policijski postaji?	ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> - PP:		Zapisnik: da <input type="checkbox"/>
Ukrepi Policije:	preizkus alkoholiziranosti <input type="checkbox"/> strokovni pregled <input type="checkbox"/> denarna kazen <input type="checkbox"/> drugo:		
V času prometne nezgode nisem vozil-a pod vplivom alkohola, mamil ali drugih narkotikov.		potrjujem izjavo <input type="checkbox"/> - Podpis voznika:	
Navedite priče (ime, priimek, naslov, telefon):			
Ali imate sklenjeno kasko zavarovanje pri drugi zavarovalnici?	ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> -pri zavarovalnici:		
Ali ste prijavili škodo iz tega zavarovanja?	ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> -vodi se pod številko:		
Stanje zavarovanega vozila po poškodbi:	v voznem stanju <input type="checkbox"/> nevozno <input type="checkbox"/>		
Ogled je možen (kraj, datum, kontaktna oseba, telefon):			
Navedite imena in priimke poškodovanih oseb:	1.		
	2.		
	3.		
Registrska številka, znamka, vrsta, tip vozila in št. zavarovalne police soudeleženega vozila:			
Druge poškodovane stvari:			

