

PRIJAVA KASKO ŠKODE



Škodni spis št.

Polica št.

1. ZAVAROVALEC

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

2. ZAVAROVANEC

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

3. PODATKI O PLOVILU/LETALU

Vrsta, znamka in tip plovila/letala :	Ime plovila/letala:
Leto izdelave:	Obrat. ure:
Lastnik plovila/letala: <input type="checkbox"/> fizična oseba <input type="checkbox"/> pravna oseba <input type="checkbox"/> s.p.	Plovilo/letalo v najemu (leasingu): <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA: <input type="checkbox"/> operativni <input type="checkbox"/> finančni

4. PODATKI O ŠKODNEM DOGODKU

Datum in ura nastanka škodnega dogodka/nezgode:	
Kraj škode/dogodka/nesreče/nezgode (kraj, ulica, relacija):	
Voznik /krmar /pilot:	Ime in priimek:
	Naslov:
	EMŠO:
Vozniško dovoljenje:	
Vzrok škode/dogodka /nesreče:	
Opis škodnega dogodka:	
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:
Hitrost vožnje tik pred škodnim dogodkom:	
Vzrok škode:	<input type="checkbox"/> prometna nesreča <input type="checkbox"/> poškodbe na parkirišču <input type="checkbox"/> drugo:
Hitrost vožnje tik pred škodnim dogodkom / prometno nesrečo:	
Ali je bil škodni primer prijavljen policiji?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, navedite ime PP: Zapisnik: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA
Ukrepi Policije/Pristaniške kapitanije:	<input type="checkbox"/> preizkus alkoholiziranosti <input type="checkbox"/> strokovni pregled <input type="checkbox"/> denarna kazen
V času škodnega dogodka nisem vozil pod vplivom alkohola, mamil ali drugih narkotikov:	<input type="checkbox"/> potrjujem izjavo. Podpis voznika:
Navedite priče (ime, priimek, naslov, telefon):

Ali je poškodovani predmet – objekt, zavarovan drugje?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, pri: zavarovanje:
Ali je bil v škodnem dogodku kdo telesno poškodovan?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, ime in priimek:
Predhodno nepopravljene poškodbe:	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, opis: lastnik:
Ali je v škodnem dogodku nastala škoda na tujih predmetih, objektih?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA

Popis poškodovanih stvari:

Opis	Količina	Nabavna cena z DDV (EUR/kos)	Datum nabave	Skupaj (EUR)	Opomba

Predhodne nepopravljene poškodbe plovila / letala:	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, opis:
Ogled je možen (kraj, datum, kontaktna oseba, telefon):	
Popravilo bo izvajal:	<input type="checkbox"/> Ne vem <input type="checkbox"/> Servis:

Opomba: Če na formularju ni dovolj prostora, izpolnite prijavo na dodatne liste, ki postanejo kot priloga sestavni del te prijave.

5. PODATKI ZA OBRAČUN ZAVAROVALNINE

Način obračuna zavarovalnine:	<input type="checkbox"/> po računih popravila <input type="checkbox"/> po ocenitvi
-------------------------------	---

Opomba: Če na formularju ni dovolj prostora, izpolnite prijavo na dodatne liste, ki postanejo kot priloga sestavni del te prijave.

6. PODATKI O PREJEMNIKU NAKAZILA

Ime in priimek/Naziv:	Rojstni datum/Matična št.:	Davčna številka:
Ulica in hišna številka:	Št. pošte in kraj:	Tel. št.:
Naziv banke:	TRR: SI56 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

7. PRILOGE IN OPOMBE

Priloge:

Opombe:

9. IZJAVA

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 ipd. Seznanjen sem z informacijo o obdelavi osebnih podatkov, ki je dostopna tudi na www.generali.si/vop.

Kraj in datum:	Kraj in datum:
Podpis zavarovanca in žig pravnih oseb:	Podpis pooblaščenca zavarovalnice, ki je sprejel prijavo: