

PRIJAVA ŠKODE

iz naslova zavarovanja avtomobilskega kaska



GRAWE
Zavarovalnica d.d.

Gregorčičeva ul. 39
2000 Maribor



ŠKODNI KLICNI CENTER
080 20 46

Št. police: _____
Št. škodnega spisa: _____

Izpolni zavarovalnica

Podatki o zavarovancu

Ime in priimek / naziv podjetja: _____

Naslov: _____ Telefon: _____

Zavezanec za plačilo DDV (ustrezno prekrižati): DA NE

Ime in priimek voznika: _____

Naslov voznika: _____ Telefon: _____

Št. vozniškega dovoljenja: _____ Kategorija: _____ Velja do: _____

Podatki o zavarovanem vozilu

Vrsta vozila: _____

Znamka in tip vozila: _____

Registrska številka vozila: _____

Številka šasije: _____

Leto proizvodnje: _____

Datum prve registracije: _____

Vozilo je zavarovano po polici št. _____, ki velja od _____ do _____

Podatki o prometni nezgodi

Prometna nezgoda se je zgodila dne: _____ ob: _____ v kraju: _____

ulica – relacija: _____

Ali je prometna nezgoda prijavljena postaji policije? Če da, kateri: _____

Kje se nahaja poškodovano vozilo? _____

Ali je vozilo sposobno za vožnjo? _____

Imena, priimki in naslovi morebitnih prič prometne nezgode: _____

V primeru trčenja z drugim vozilom navedite:

Vrsto, znamko, tip vozila: _____

Ime in priimek oz. naziv lastnika vozila: _____

Naslov lastnika vozila: _____

Zavarovalnica, pri kateri je vozilo zavarovano za avtomobilsko odgovornost: _____

Ime in priimek voznika: _____

Naslov voznika: _____

Katero vozilo je povzročilo prometno nezgodo? _____

Obrnite prosim!

