

# ODŠKODNINSKI ZAHTEVEK

iz naslova zavarovanja avtomobilske odgovornosti



**GRAWE**

Zavarovalnica d.d.

Gregorčičeva ul. 39  
2000 Maribor



ŠKODNI KLICNI CENTER

**080 20 46**

Št. police: \_\_\_\_\_  
Št. škodnega spisa: \_\_\_\_\_

Izpolni zavarovalnica

## Podatki o oškodovancu – vlagatelju zahtevka

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: \_\_\_\_\_

Znamka vozila: \_\_\_\_\_ Tip vozila: \_\_\_\_\_ Reg. št.: \_\_\_\_\_

Datum prve registracije: \_\_\_\_\_ Za vozilo obstaja kasko zavarovanje pri: \_\_\_\_\_

## Podatki o zavarovancu – povzročitelju škode

Ime in priimek / naziv podjetja: \_\_\_\_\_

Naslov: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Ime in priimek voznika: \_\_\_\_\_

Naslov voznika: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Št. vozniškega dovoljenja: \_\_\_\_\_ Kategorija: \_\_\_\_\_ Velja do: \_\_\_\_\_

Znamka vozila: \_\_\_\_\_ Tip vozila: \_\_\_\_\_ Reg. št.: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

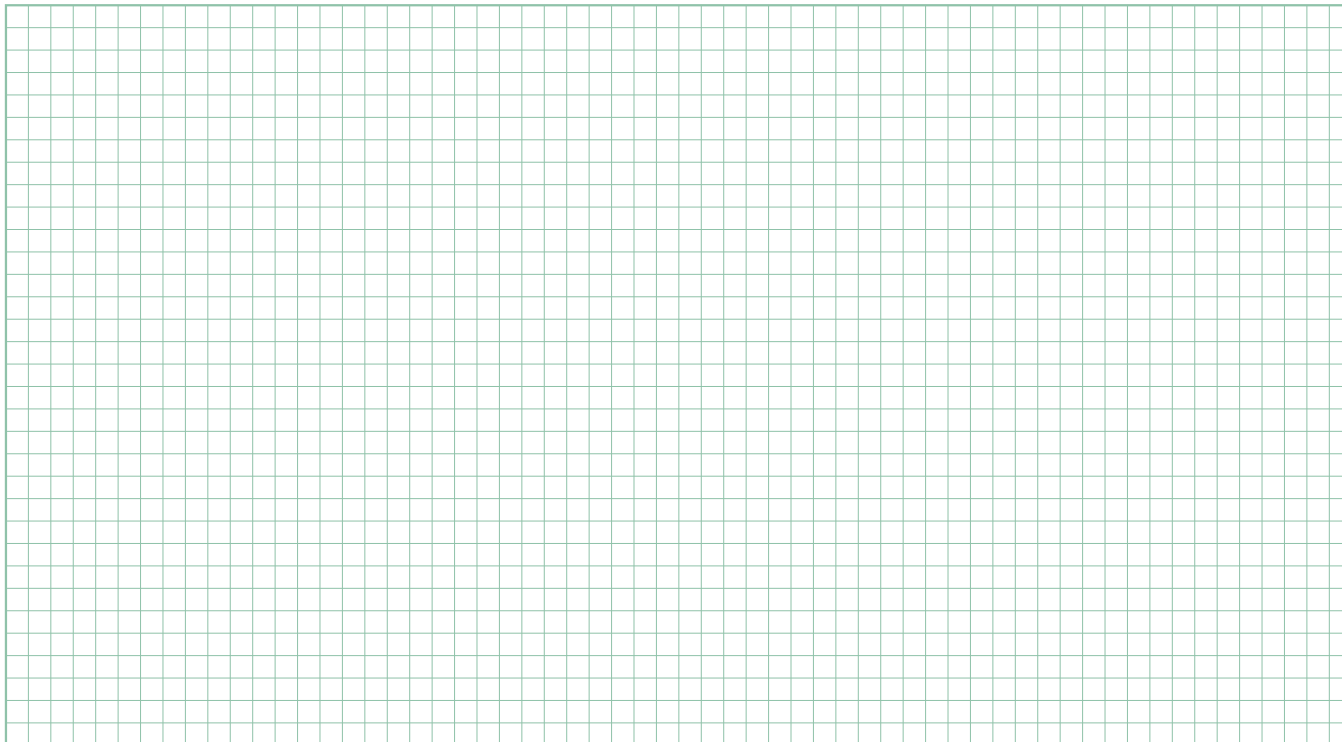
Ali je prometna nezgoda prijavljena postaji policije? Če da, kateri: \_\_\_\_\_

Imena, priimki in naslovi morebitnih prič prometne nezgode: \_\_\_\_\_

## Podroben opis okoliščin prometne nezgode:

**Obrnite prosim!**

**Skica prometne nezgode** (položaj – trasa ceste, ulice, položaj vozil v trenutku nezgode, prometni znaki na cestah):



**Opis poškodb na vozilu in drugih stvareh:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Poškodovane osebe** (ime in priimek, naslov):

---

---

---

---

---

---

---

---

Izplačilo zavarovalnine naj se izvrši na TRR št.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

odprt pri banki: \_\_\_\_\_ ekspozitura: \_\_\_\_\_

**Podpisani/-a izjavljam in s svojim podpisom potrjujem, da so vsi navedeni podatki resnični in popolni. V nasprotnem primeru odgovarjam kazensko in materialno ter nosim vse posledice, ki bi zaradi tega nastale. GRAWE Zavarovalnico d.d. pooblašcam, da opravi vse poizvedbe, ki so potrebne za reševanje tega zavarovalnega primera (npr. pri policiji, tožilstvu, sodišču, drugih zavarovalnicah ipd.).**

V \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

Podpis / žig oškodovanca / vlagatelja zahtevka