

# IZJAVA OSIGURANIKA PO OSIGURANJU OD ODGOVORNOSTI



Šteta br.

Polica br.

SAVA OSIGURANJE d.d. - Podružnica Hrvatska za osiguranje, OIB 45237012600, Savska 144 a, 10000 Zagreb, Hrvatska

<b>Ugovaratelj osiguranja</b>	Prezime i ime/Naziv pravne osobe <input type="text"/>	Adresa <input type="text"/>	
<b>Osiguranik</b>	Prezime i ime/Naziv pravne osobe <input type="text"/>	MB/Datum rođenja/JMBG <input type="text"/>	
	Adresa (ulica, kućni broj, kat) <input type="text"/>	Telefon/Telefax/Mobitel <input type="text"/>	E-mail <input type="text"/>
<b>Oštećenik</b>	Prezime i ime/Naziv pravne osobe <input type="text"/>	OIB/MB/Datum rođenja/JMBG <input type="text"/>	
	Adresa (ulica, kućni broj, kat) <input type="text"/>	Telefon/Telefax/Mobitel <input type="text"/>	E-mail <input type="text"/>

<b>Podaci o štetnom događaju</b>	Datum nastanka štete <input type="text"/>	Vrijeme <input type="text"/>	Mjesto štete (mjesto, ulica, kućni broj, relacija) <input type="text"/>
	Detaljan opis štetnog događaja (na koji način, pri kakvoj djelatnosti/iz kojih uzroka?) <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"/>		
Je li štetni događaj prijavljen nekom državnom tijelu (MUP, inspekcija)? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako DA, kojem? <input type="text"/>			
Je li oštećeni u radnom odnosu kod osiguranika? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE			

<b>Predmet oštećenja</b>	<b>Za osobe</b> Prezime i ime <input type="text"/>
	Opis povreda <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<b>Za stvari</b> Predmet (naziv, marka, tip, registarska oznaka) <input type="text"/>
Opis oštećenja <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

<b>Ukoliko je šteta prouzročena vozilom koje podliježe registraciji, naznačiti:</b>	Registarska oznaka	Marka vozila	Tip vozila	Broj šasije
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Serijski/tvornički broj			
	<input type="text"/>			
	Osoba koja je upravljala vozilom	Telefon/Mobitel	Broj vozačke dozvole	Vrijedi do:
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Broj isprave o osposobljenosti za upravljanje radnim strojem	Tijelo koje je ispravu izdalo	Vrijedi do:	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Svjedoci</b>	Svjedok br. 1 (Prezime i ime, adresa, telefon/mobitel)		Svjedok br. 2 (Prezime i ime, adresa, telefon/mobitel)	
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Potpisnik pod moralnom i materijalnom odgovornosti izjavljuje da je na sva postavljena pitanja odgovorio/la točno, potpuno i istinito.

MJESTO I DATUM

POTPIS OSIGURANIKA  
(potpis i pečat)

ZA OSIGURATELJA