

PRIJAVA KASKO ŠTETE

Sava osiguranje, d.d. - Podružnica Hrvatska, OIB 45237012600, R. Frangeša Mihanovića 9, 10110 Zagreb, Hrvatska



Br. police

Šteta br.

Osiguranik (podnositelj zahtjeva)	Prezime i ime/Naziv pravne osobe			MB/Datum rođenja/JMBG		
	Poštanski broj	Mjesto	Adresa (ulica, kućni broj, kat)		OIB	
	Telefon/Telefax	Mobitel	E-mail		Jeste li obveznik PDV-a? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
	Štetu isplatiti: <input type="checkbox"/> po sporazumu <input type="checkbox"/> po računima popravka, od <input type="text"/>					

Osigurano vozilo	Registarska oznaka	Marka	Tip vozila	God. proiz.	kW	ccm	
	Broj šasije	Broj prometne dozvole		Datum izdavanja - vrijedi do:			
	Nakon oštećenja vozilo je:		Kada i gdje se može izvršiti procjena štete?				
	<input type="checkbox"/> Pokretno <input type="checkbox"/> Nepokretno		<input type="text"/>				
U kojem servisu/radionici će biti izvršen popravak vozila? <input type="text"/>							

Podaci o vozaču	Prezime i ime	Adresa				
	OIB/MB/Datum rođenja/JMBG	Broj vozačke dozvole	Kateg.	Vrijedi do:	Telefon/Mobitel	

Podaci o štetnom događaju	Datum nastanka štete	Vrijeme	Mjesto štete (mjesto, ulica, kućni broj, relacija)			
	Osigurani slučaj: <input type="checkbox"/> Sudar <input type="checkbox"/> Udar <input type="checkbox"/> Survanje <input type="checkbox"/> Prevrnuće <input type="checkbox"/> Iskliznuće <input type="checkbox"/> Požar <input type="checkbox"/> Eksplozija <input type="checkbox"/> Krađa <input type="checkbox"/> Šteta na parkingu <input type="checkbox"/> Ostalo <input type="text"/>					
	Vremenske prilike: <input type="checkbox"/> Dan <input type="checkbox"/> Noć <input type="checkbox"/> Kiša <input type="checkbox"/> Magla <input type="checkbox"/> Snijeg <input type="checkbox"/> Poledica					
	Je li štetni događaj prijavljena MUP-u? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		Ako DA, kojoj PP? Ako NE, navesti zbog čega?		<input type="text"/>	
	Detaljan opis nastanka i tijeka nezgode			Je li obavljen alkotest? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Rezultat alkotesta <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"/>						

Svjedoci	Svjedok br. 1 (Prezime i ime, adresa, telefon)	Svjedok br. 2 (Prezime i ime, adresa, telefon)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

