

Пријава за штета-Автоодговорност

Број на штета _____

Број на полиса _____

ПОДНОСИТЕЛ НА ПРИЈАВА		
Име и презиме	<input type="text"/>	Матичен број <input type="text"/>
Адреса <input type="text"/>		
Контакт телефон <input type="text"/>	e-mail: <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Договорувач на осигурување <input type="checkbox"/> Осигуреник <input type="checkbox"/> Оштетен <input type="checkbox"/> Лице кое дава лизинг на оштетениот <input type="checkbox"/> Овластен пријавувач	<input type="checkbox"/> Возач-управувач на предметот <input type="checkbox"/> Пријавувач <input type="checkbox"/> Адвокат <input type="checkbox"/> Реосигурувач <input type="checkbox"/> Агенција за штети <input type="checkbox"/> Старател или застапник	<input type="checkbox"/> Агент/посредник <input type="checkbox"/> Изведувач <input type="checkbox"/> Старател или застапник <input type="checkbox"/> Соосигурувач <input type="checkbox"/> Винкулант <input type="checkbox"/> Друго
ПОДАТОЦИ ЗА ШТЕТЕН НАСТАН		
Датум на настан <input type="text"/>	Време <input type="text"/>	
Држава <input type="text"/>	Град <input type="text"/>	
Адреса Место /Локација	<input type="text"/>	
Детален опис на штетниот настан	<input type="text"/>	
Дали е извршен увид од МВР?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Дали некој од возачите одбил алкотест?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Дали возилата се меѓусебно удрени?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Дали е составен Европски записник?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Дали Вашето возило има каско осигурување?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Дали има повредни лица во незгодата?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Дали е оштетен градежен објект?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Дали е повреден член од семејството?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Дали е поднесено барање за штета од транспортер?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Цел на возењето?	<input type="checkbox"/> Приватно	<input type="checkbox"/> Службено
ПОДАТОЦИ ЗА СОПСТВЕНОСТ НА ОШТЕТЕНОТО ВОЗИЛО/ПРЕДМЕТ		
Назив/ Име и презиме	<input type="text"/>	
Матичен број	<input type="text"/>	
Адреса (контакт телефон)	<input type="text"/>	

