

ПОДАТОЦИТЕ ДА СЕ ВНЕСУВААТ СО ПЕЧАТНИ БУКВИ

ПОДРУЖНИЦА	ПОЛИСА БРОЈ	ШТЕТА БРОЈ	ТРАЕЊЕ НА ОСИГУРУВАЊЕТО	ДАТА НА НАСТАНУВАЊЕ НА ШТЕТАТА
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ОД <input type="text"/> ДО <input type="text"/>	<input type="text"/>
ДАЛИ СТЕ ДАНОЧЕН ОБВРЗНИК	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	ДАЛИ СТЕ БУЏЕТСКИ ОБВРЗНИК	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	

**ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРЕНИКОТ**

ЕМБГ (за физички лица)	<input type="text"/>	МБ (за правни лица)	<input type="text"/>
ИМЕ И ПРЕЗИМЕ или ФИРМА	<input type="text"/>	ДАНОЧЕН БРОЈ (за правни лица)	<input type="text"/>
АДРЕСА	<input type="text"/>	ЖИРО С - КА (за правни лица)	<input type="text"/>
ТРАНСАКЦИСКА СМЕТКА	<input type="text"/>	С-КА НА БУЏЕТСКИ КОРИСНИК	<input type="text"/>
БАНКА	<input type="text"/>	ПРИХОДНА ШИФРА	<input type="text"/>
ТЕЛЕФОН / Е-ПОШТА	<input type="text"/>	ПРОГРАМА	<input type="text"/>

**ПОДАТОЦИ ЗА ШТЕТНИОТ НАСТАН**

АДРЕСА КАДЕ Е НАСТАНАТА ШТЕТАТА	<input type="text"/>		
ДАЛИ Е ПОДНЕСЕНА ПРИЈАВА ДО МВР	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	МЕСТО	ЗАБЕЛЕШКА
ПРИЧИНА ЗА ШТЕТНИОТ НАСТАН	<input type="text"/>		
АКО СЕ РАБОТИ ЗА ПОЖАР КОЈ УЧЕСТВУВАЛ ВО ГАСНЕЊЕТО	<input type="text"/>		

**ПОПИС НА ОШТЕТЕНИТЕ ИЛИ УНИШТЕНИТЕ ПРЕДМЕТИ**

ОПИС НА ОШТЕТЕНИТЕ ПРЕДМЕТИ	МАРКА	ТИП	ИНВЕНТ. БРОЈ	ГОД. НА ИЗГРАДБА ИЛИ НАБАВКА	ВРЕДНОСТ

**ОШТЕТУВАЊЕ НА ЗАЛИХА**

ВИД	КОЛИЧИНА	СУМА	ЛОКАЦИЈА

**ЗАДОЛЖИТЕЛНО ДА СЕ ОДГОВОРИ НА СИТЕ ПОСТАВЕНИ ПРАШАЊА!**

**СО ОВА ИЗЈАВУВАМ ДЕКА НА СИТЕ ПРАШАЊА СУМ ОДГОВОРИЛ/А ТОЧНО, ВИСТИНИТО И ПОТПОЛНО.**

- Се согласувам Друштвото за осигурување да ги користи и обработува моите лични податоци кои се дел од оваа пријава при решавањето на пријавената штета, како и за останати потреби на Друштвото, а во согласност со Законот за заштитна на лични податоци.
- Се согласувам Друштвото за осигурување да ги користи и обработува моите лични податоци кои се дел од оваа пријава за директен маркетинг, а во согласност со Законот за заштитна на лични податоци.

Датум на поднесување

Место на поднесување

Потпис на осигуреник / корисник на осигурувањето