

Број на полиса

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Број на полиса (задолжително)	Број на штета (доколку е познато)

<input type="checkbox"/> Делумно Каско	<input type="checkbox"/> Потполно Каско
--	---

Податоци за незгодата

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Датум на незгодата	Време на незгодата	Место на незгодата (град/село, улица, куќен број)
Полициски записник <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	ПС <input type="text"/>	

Осигуреник - Оштетен

(податоци од сообраќајната дозвола)

<input type="text"/>	
Презиме, Име / Назив на правното лице	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ЕМБГ / МБ на правното лице	E-mail
<input type="text"/>	
Адреса: улица, куќен број	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Поштенски број Место	Контакт телефон
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Вид на возило, марка, модел, тип	Година на производство
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Број на шасија	Регистерски број
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Број на поминати км до незгодата	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Осигурително друштво (АО)	Број на полиса
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Причинител - сопственик на возилото кое е  
 причинител на штетата (податоци од сообр.дозвола)

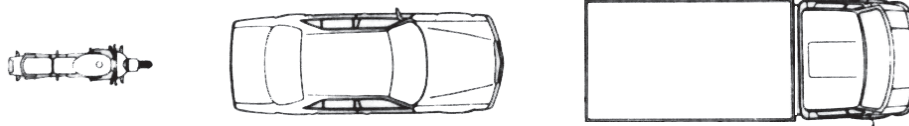
<input type="text"/>	
Презиме, Име / Назив на правното лице	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ЕМБГ / МБ на правното лице	E-mail
<input type="text"/>	
Адреса: улица, куќен број	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Поштенски број Место	Контакт телефон
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Вид на возило, марка, модел, тип	Регистерски број
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Осигурително друштво (АО)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Број на полиса	Траење на полисата
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Возач

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Презиме, име		ЕМБГ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Адреса: улица, куќен број	Поштенски број Место	Контакт телефон
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Број на возачка дозвола	Место на издавање	Категорија
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Дата на издавање на возачката дозвола	Важност	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Штети на сопственото возило

Видливата точка означете ја со X



Наведете ги оштетувањата:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Согласен сум целата комуникација и достава на документација да се одвива преку следната E-mail адреса:

Место

Датум

Потпис на осигурувачот

Потпис на оштетениот (печат)