Друштво за осигурување
СИГАЛ Иншуренс Груп АД Скопје
бул. Илинден бр.1, 1000 Скопје
Тел. (02) 3288 800, Факс (02) 3215 128
E-mail: info@sigal.com.mk, www.sigal.com.mk

Од Кршење Стакло

ПРИЈАВА

Филијала	Број на штета	Датум на штета
Број на полиса	**Траење од - до**	**Тарифа**

ОСИГУРЕНИК

Име, Презиме, Име на фирма	Адреса: улица и број	
ЕМБГ, ДБ на фирма	**Место**	**Телефонски број**
Број на штедна или тековна сметка	**Депонент банка**	

Вид на стаклото, рекламните плочи и неон-цевките со уредите	Големина($м^2$)	Дебелина (мм)

Причина за настанување на штетата:

Осигуреникот, односно овластениот преставник, со овој потпис ја потврдува вистинитоста на наведените податоци

Во _____ датум _____ / 20 __ год.

Примено на _____ / 20 __ год.

За осигурувачот

_____

За осигуреникот

_____