



Осигурување од општа одговорност

Прашалник за осигурување од општа одговорност
General Third Party Liability Questionnaire

I. Општи информации за осигуреникот / General information about insured

1. Осигуреник/Insured

НАЗИВ НА ОСИГУРЕНИКОТ / NAME OF INSURED:

АДРЕСА НА ОСИГУРЕНИКОТ / ADDRESS OF INSURED:

ДАНОЧЕН БРОЈ / FISCAL NUMBER:

ГОДИНА НА ОСНОВАЊЕ / YEAR ESTABLISHED:

ВЕБ СТРАНА / WEB ADDRESS:

ТЕЛЕФОНСКИ БРОЈ / TELEPHONE NUMBER:

Е-АДРЕСА / E-MAIL:

2. Регистрирана дејност (наведете ги главната дејност и споредните дејности) / Registered activity (indicate the primary and secondary activities)

3. Период на осигурително покритие / Insurance period of cover

ОД / FROM: _____

ДО / TO: _____

II. Податоци за оценка на ризикот / Risk assessment information

1. Избор на покритие / Cover selection

Покритие за општа одговорност без вклучена одговорност на работодавецот / General liability cover without Employers liability

☐ ДА / YES

☐ НЕ / NO

Покритие за општа одговорност со вклучена одговорност на работодавецот / General liability cover with Employers liability

☐ ДА / YES

☐ НЕ / NO

2. Територијално покритие / Territorial scope

☐ СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА / NORTH MACEDONIA

☐ ЕВРОПА / EUROPE

☐ ЕВРОПСКА УНИЈА / EUROPEAN UNION

☐ ДРУГИ ЗЕМЈИ / OTHER COUNTRIES: _____

3. Лимит на покритие / Limit of indemnity

ОПШТА ОДГОВОРНОСТ БЕЗ ОДГОВОРНОСТ НА РАБОТОДАВЕЦОТ
GENERAL LIABILITY COVER WITHOUT EMPLOYERS LIABILITY _____

ОДГОВОРНОСТ НА РАБОТОДАВЕЦОТ
EMPLOYERS LIABILITY _____

4. Наведете износ на одбитна франшиза / Specify the deductible amount:

5. Износ на остварен/планиран промет / The amount of realized/planned turnover

Претходна година/LAST YEAR: _____

Оваа година/ THIS YEAR: _____

Следната година (план)
NEXT YEAR (PLAN): _____

6. Годишен трошок за плати на вработени: / Annual labor/employees cost: _____

7. Број на вработени: / Number of employees: _____

8. Број на вработени (вклучувајќи по договор на дело или студенти) по сектори: / Number of employees (including contract workers or students) by sectors:

☐ АДМИНИСТРАЦИЈА/ADMINISTRATIVE WORKERS:

☐ СТРУЧНИ ЛИЦА / EXPERTS:

☐ ПРОДАЖБА (ТРГОВИЈА) / SALE (TRADE):

☐ ОСТАНАТИ ВРАБОТЕНИ / OTHER EMPLOYEES:

☐ РАБОТНИЦИ / WORKING LABOR: _____

9. Просечна плата на вработените / Average salary of employees: _____

10. Дали некоја дејност се врши надвор од вашите простории? / Whether any activity is taking place outside the site of the company?

☐ ДА / YES

АКО, ДА НАВЕДЕТЕ ДЕТАЛИ
IF YES, PLEASE GIVE DETAILS _____

☐ НЕ / NO

11. Податоци за просториите /Premises data

БРОЈ НА ПОДРУЖНИЦИ:
NUMBER OF BRANCH OFFICES: _____

БРОЈ НА ПРОДАВНИЦИ
NUMBER OF STORES: _____

БРОЈ НА ПРОИЗВОДНИ ПРОСТОРИИ
NUMBER OF PRODUCTION FACILITIES: _____

12. Поделете ги активностите и локациите / Subdivide activities and locations

13. Дали компанијата врши некои деловни активности во странство (продажни промоции, монтажа и др.)?

Does the company carry out any activities abroad (sales promotion, instalation etc.)?

14. Дали во вашите простории се чуваат опасни материи? / Are dangerous materials stored in your premises?

☐ ДА / YES

АКО ДА, НАВЕДЕТЕ КОИ
IF YES, INDICATE WHICH _____

☐ НЕ / NO

15. Дополнително осигурително покритие: / Additional insurance coverage:

☐ ТУЌИ СТОКИ НА ЧУВАЊЕ /OTHER'S GOODS FOR SAFEKEEPING

☐ ПРЕДМЕТИ ЗА ОБРАБОТКА / ITEMS IN PROCESSING

☐ ЧИСТО ИМОТНИ ШТЕТИ / PURE FINANCIAL LOSS

☐ ЕКОЛОШКИ ШТЕТИ / ECOLOGICAL DAMAGE

☐ ДРУГИ РИЗИЦИ / OTHER RISKS

16. Искуство со претходни штети / Previous loss experience

Опишете го вашето искуство со загуби или штети во последните пет години, вклучувајќи и штети кои не биле покриени со осигурување или биле помали од износот на франшиза: / Provide your experience with losses or claims in the last five years, including claims that have not been covered by insurance or were within the deductible:

ГОДИНА И МЕСТО / YEAR AND PLACE:

ИЗНОС НА БАРАЊЕТО ЗА ОБЕШТЕТУВАЊЕ / THE AMOUNT OF INDEMNIFICATION CLAIM:

КРАТОК ОПИС / SHORT DESCRIPTION:

17. Дали досега има поднесени барања за надомест на штета од одговорност против вашето друштво, партнер или директор?
Have there been any claims for compensation for liability against your company, partner, or director so far?

☐ ДА / YES

☐ НЕ / NO

18. Дали досега сте биле тужени или сте учествувале во судски спорови во врска со провизии, производи, услуги или интелектуална сопственост?
Have you ever been sued or been involved in legal disputes regarding provisions, products, services, or intellectual property?

☐ ДА / YES

☐ НЕ / NO

19. Дали некој од вашите партнери, директори или вработени, имаат сознание или имаат основа за сомневање за било кои околности кои можат да предизвикаат поднесување на оштетно побарување против Вашата компанија, сегашни или бивши партнери, директори или вработени?
Are any of your partners, directors, or employees aware of or have reason to suspect any circumstances that could lead to a claim being made against your company, current or former partners, directors, or employees?

☐ ДА / YES

☐ НЕ / NO

Доколку одговорот е ДА (17, 18 или 19), приложите детали на засебен лист кој ќе биде составен дел од овој прашалник.
If the answer is YES (17, 18, or 19), please provide details on a separate sheet that will be included as part of this questionnaire.

Изјава

Сите овие податоци кои се наведени се точни и осигурителот ги користи како основа за изработка на понуда за осигурување. Се обврзуваме да го известиме осигурителот со секоја последна измена, која би се случила пред склучувањето на договорот за осигурување. Овој прашалник не претставува понуда за склучување на осигурување и не го задолжува осигурителот да обезбеди покритие. Сите горенаведени податоци ќе се сметаат како строго доверливи.

Statement

All stated data is accurate and the insurer uses it as the basis for making an insurance offer. We commit to update the insurer with any subsequent modification, which would have occurred prior to the conclusion of an insurance contract.

This questionnaire does not constitute an offer for the conclusion of insurance and does not oblige the insurer to cover. All the above data will be considered as strictly confidential.

ДАТУМ/DATE:

ОСИГУРЕНИК / INSURED: