

UPITNIK

Osiguranje odgovornosti prijevoznika za robu primljenu na cestovni prijevoz

Ime i prezime osobe obrtnika ili naziv tvrtke		Tel.	
Adresa		Fax.	
Ukupan broj vozila (vučno i priključno vozilo smatraju se JEDNIM VOZILOM)		Limit pokrivača po šteti [kn]	
DO 3 VOZNE JEDINICE - Navedite podatke za svaku voznu jedinicu			
	Registarska oznaka vozila	Dopuštena nosivost [tone]	Vrsta vozila
			Tovarni prostor
1.			<input type="checkbox"/> Vučno <input type="checkbox"/> Priključno <input type="checkbox"/> cerada <input type="checkbox"/> otvoreno <input type="checkbox"/> čvrsto <input type="checkbox"/> frigo
2.			<input type="checkbox"/> Vučno <input type="checkbox"/> Priključno <input type="checkbox"/> cerada <input type="checkbox"/> otvoreno <input type="checkbox"/> čvrsto <input type="checkbox"/> frigo
3.			<input type="checkbox"/> Vučno <input type="checkbox"/> Priključno <input type="checkbox"/> cerada <input type="checkbox"/> otvoreno <input type="checkbox"/> čvrsto <input type="checkbox"/> frigo
4.			<input type="checkbox"/> Vučno <input type="checkbox"/> Priključno <input type="checkbox"/> cerada <input type="checkbox"/> otvoreno <input type="checkbox"/> čvrsto <input type="checkbox"/> frigo
5.			<input type="checkbox"/> Vučno <input type="checkbox"/> Priključno <input type="checkbox"/> cerada <input type="checkbox"/> otvoreno <input type="checkbox"/> čvrsto <input type="checkbox"/> frigo
6.			<input type="checkbox"/> Vučno <input type="checkbox"/> Priključno <input type="checkbox"/> cerada <input type="checkbox"/> otvoreno <input type="checkbox"/> čvrsto <input type="checkbox"/> frigo
VIŠE OD 3 VOZNE JEDINICE - Ukupna bruto vozarina s troškovima za utovar, pretovar i istovar robe koju je osiguranik sam i/ili preko svojih posrednika obračunao korisnicima prijevoza		Ostvarenu u protekloj godini [kn]	
		Planiranu u narednoj godini [kn]	
Vrsta prijevoza koji se obavlja	<input type="checkbox"/> Domaći <input type="checkbox"/> Međunarodni [uključuje pokrivače i za domaće]		
Najčešći predmet prijevoza [vrsta pošiljke]		Opseg pokrivača	<input type="checkbox"/> Osnovni rizici <input type="checkbox"/> Svi rizici
Da li ste imali kakvih šteta u protekle 3 godine, navedite broj šteta, iznos štete kao i uzroke			
Napomena			
Datum i mjesto		Potpis / ovjera	