

ИЗЈАВА ЗА ОДРЕДУВАЊЕ КОРИСНИК НА ОСИГУРЕНИТЕ СУМИ

Акционерско друштво за осигурување и реосигурување МАКЕДОНИЈА - Виена Иншуренс Груп
Адреса: ул. 11 Октомври бр. 25, П. факс: 27, 1000 Скопје, Република Македонија
Телефон: +389 (0)2 3115 188 • Факс: +389 (0)2 3137 154 • e-mail: info@insumak.mk • www.insumak.mk

За корисник на осигурувањето по полиса број:

На осигуреникот:

Го одредуваме лицето:

Адреса:

Место:

ЕМБГ:

Лична карта бр.:

Телефон:

Адреса за пошта:

Е - пошта:

Изјавуваме под полна морална, материјална и кривична одговорност дека семејната положба на осигуреникот пред неговата смрт е следна:

Ред. бр.	Презиме и име	Сродство	Година на раѓање	л.к. број	Потпис

Изјава за лични податоци: Изјавувам дека сум согласен/на, а заради остварување на оштетно побарување при и од Осигурување Македонија, а.д. Скопје-Виена Иншуренс Груп, да се фотокопира мојата (означете): трансакциска сметка возачка дозвола сообраќајна книшка Изјавувам дека сум изрично согласен/на осигурувачот да направи и задржи копија од мојата лична карта заради потврдување на веродостојноста на податоците нотирани во оваа пријава, како и заради евентуална заштита на правата на осигурувачот од судски, управни и други постапки определени со закон, а врз основа на законски обврски на осигурувачот.
Согласен/на сум моите лични податоци наведени во овој документ да бидат регистрирани, обработувани, ажурирани за потребите на Осигурувачот. Согласен/на сум Осигурувачот да изврши пренос на моите лични податоци во други држави кои се членки на ЕУ или други држави кои не се членки на ЕУ, а претходно одобрени од Дирекцијата за заштита на личните податоци.
Запознаен/на сум со моите права кои произлегуваат од ЗЗЛП и ЗСО, а во однос на обработката на моите лични податоци.
Како субјект на лични податоци запознат сум со правото за увид, информација и исправка на личните податоци согласно ЗЗЛП.
Осигуреникот, односно овластениот претставник, со овој потпис ја потврдува вистинитоста за наведените податоци во оваа пријава.

Изјавата е потпишана пред овластено лице

Потпис на осигуреникот:

Во _____, на _____ 20 _____ год.

Напомена: Бараните податоци задолжително да се пополнат.