

**ПРИЈАВА ЗА ШТЕТА
ОД ОСИГУРУВАЊЕ ОД ОДГОВОРНОСТ**

Акционерско друштво за осигурување и реосигурување МАКЕДОНИЈА - Виена Иншуренс Груп
Адреса: ул. 11 Октомври бр. 25, П. фах: 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

Штета број:

Полиса број:

Тарифа на премии:

Траење на осигурувањето:

Од:

До:

Осигуреник

Име и презиме / Назив на фирма:

Матичен број:

Адреса:

Место:

Е-пошта:

Телефон:

Трансакциска с/ка:

Депонент банка:

Жиро сметка:

Даночен број:

За буџетски корисници: Жиро с-ка Приходна шифра

Програма

Осигуреник - Оштетен

Име и презиме / Назив на фирма:

Матичен број:

Адреса:

Место:

Е-пошта:

Телефон:

Трансакциска с/ка:

Депонент банка:

Жиро сметка:

Даночен број:

За државјани на САД задолжително да се пополни број на осигурувањето од:

Здравствено:

Социјално:

За буџетски корисници: Жиро с-ка Приходна шифра

Програма

Датум на настанување на штетата:

Час:

Адреса:

Место:

Што е оштетено (краток опис)?

а) предмети:

б) лице:

в) имотна штета или друга:

Причина за настанување на штетата:

Приближна вредност на штетата:

За какви повреди се работи:

Во случај на повреда на лице, кои докази се приложени:

Дали е извршен увид од од надлежен и друг орган: Да: Не: Датум:

Кој орган извршил увид:

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.

Во _____, на _____ 20 _____ год. Потпис на осигуреникот: _____ Примено на _____ 20 _____ год.

(печат за правно лице)

Напомена: Бараните податоци задолжително да се пополнат.