

ПРИЈАВА ЗА ШТЕТА ОД ПОЖАР  
И НЕКОИ ДРУГИ ОПАСНОСТИ

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:

Матичен број:

Телефон:

Даночен број:

Трансакциска с-ка:

Жиро с-ка:

Депонент банка:

За буџетски корисници: Жиро с-ка Приходна шифра

Програма

Адреса за пошта:

Место:

Е пошта:

Осигуреник- оштетен

Име и презиме/Назив на фирма:

Адреса:

Место:

Адреса каде што настанала штетата:

Место:

Место каде што настанала штетата (погон - одделение):

Ден на настанување на штетата:

Во часот:

Поднесена е задолжителна пријава на МВР: Да:  Не:  Место:

Од осигурените предмети оштетени - уништени се следните	НАЗИВ	Година на изградба набавка	Инвентарен број konto	ВРЕДНОСТ	
				Набавна ревалоризирана	Сегашна
Градежни објекти <input type="text"/> м <sup>2</sup>					
Опрема					
Непарични обртни средства: <input type="checkbox"/> а) сопствени <input type="checkbox"/> б) туѓи - доработка					
Останати предмети:					

За да се отстрани штетата потребно е да се направи следното:

Причини за штетата и околности под кои настанала:

Приближен износ на штетата изнесува околу: ден. Од тоа за туѓа сметка: ден.

**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.