

ПРИЈАВА ЗА ШТЕТА НА СТАКЛО ОД КРШЕЊЕ

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:

Делополнот 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:

Ден на настанување на штетата:

Во часот:

Вид на стаклото, рекламните плочи
и неон-цевките со уредите

Големина во м²

Дебелина во мм.

Причина за настанување на штетата:

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. Со согласен/на сум моите лични податоци наведени во овој документ да бидат регистрирани, обработувани, ажурирани за потребите на Осигурувачот. Со 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.