

ПРИЈАВА ЗА ШТЕТА ОД ОСИГУРУВАЊЕ  
НА СТРАНСКИ СРЕДСТВА ЗА ПЛАЌАЊЕ ОД ФАЛСИФИКАТ

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

Штета број:

Полиса број: Траење на осигурувањето Од: До:

Договор број: Траење на договорот Од: До:

Податоци за договарачот на осигурувањето

Назив на фирма: Матичен број:

Адреса: Место:

Е-пошта: Телефон:

Лице за контакт: Во часот:

Осигуреник- оштетен

Назив на фирма: Лице за контакт:

Адреса: Место:

Матичен број: Телефон:

Даночен број: Трансакциска с/ка:

Жиро с/ка: Депонент банка:

Адреса за пошта: Место:

Податоци за штетниот настан

Датум на настанување на штетата: Час:

Адреса: Место:

Дали е откриен фалсификатот пред да се изврши откуп, уплата или брз трансфер на валута: Да:  Не:

Дали е поднесена пријава на службен орган: Да:  Не:

Опис на причината за штетата и околностите под кои настанала штетата:

Потребна документација (Означете ги документите што ги доставувате)

Оригинал полиса или копија Да:  Не:  Фотографија од фалсификуваните валути Да:  Не:

Оригинал или копија од пријавата и извештајот на МВР за утврдениот фалсификат Да:  Не:  **Наведете ги останатите документи:**

Записник од местото на утврдениот фалсификат издаден од овластена банка на РМ или коресподентска странска банка Да:  Не:

Потврда за менувачка работа или прием на ефективна или брз трансфер на пари Да:  Не:

**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.