

# ИЗЈАВА ЗА СООБРАЌАЈНА НЕЗГОДА

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

Име и презиме:

Адреса:

Место:

ЕМБГ:

Лична карта бр:

Издадена од МВР:

Со важност до:

Возило-марка:

Тип:

Регистарски број:

Телефон:

Телефон:

Возилото е осигурено од одговорност према трети лица во

Полиса бр.:

Со важност од:

До:

Возачка дозвола бр.:

Со важност од:

До:

Издадена од МВР:

Категорија:

**НАПОМЕНА: Изјавата да биде дадена поопширно и описно.**

Под полна материјална и кривична одговорност изјавувам дека:

**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.