



Q.Z.14.03  
IZJAVA o načinu nastanka štete

Izdanje:01  
Datum: 12.08.2019

Sektor za prijem, procenu i likvidaciju šteta  
BEOGRAD, Ruzveltova 16  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ god

BROJ ODŠTETNOG ZAHTEVA	
BROJ POLISE	
ORG. JEDINICA	

Štetni događaj se dogodio dana \_\_\_\_\_ u časova \_\_\_\_\_

U mestu/putu \_\_\_\_\_ ulica/broj \_\_\_\_\_

Kao vlasnik/vozač/suvozač/putnik/svedok/ vozila (marka i tip)/pešak \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ reg.oznake \_\_\_\_\_

učestvovao-la sam u pomenuton štetnom događaju i izjavljujem sledeće:

U ovoj saobraćajnoj nezgodi **JE – NIJE** bilo povređenih lica (ako je bilo, navesti podatke o povređenim licima i njihove povrede)

Isti **JE – NIJE** prijavljen organu unutrašnjih poslova (ako je prijavljen, navesti kom i da li je sačinjen policijski zapisnik, ili potvrda, a ako nije, navesti razlog neprijavlivanja)

Opis nastanka štetnog događaja:

---

---

---

---

---

Grubi opis oštećenja na:

1.Vozilu u kojem sam se nalazio:

---

---

---

2.Vozilima drugih učesnika:

---

---

---

3.Oštećenim stvarima:

---

---

---

Izjava data u mestu/dana \_\_\_\_\_

Ime i prezime: \_\_\_\_\_

JMBG: \_\_\_\_\_

Br.L.K. \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_



**Q.Z.14.03**  
**IZJAVA o načinu nastanka štete**

**Izdanje:01**  
**Datum: 12.08.2019**

AMS Osiguranje" obaveštava davaoca podataka da prikuplja, obrađuje i koristi lične podatke neophodne za rešavanje odštetnog zahteva, u skladu sa propisima o zaštiti podataka o ličnosti. Potencijalni korisnici navedenih ličnih podataka mogu biti sva treća lica koja u skladu sa važećim zakonskim propisima i u cilju izvršenja obaveza određenih zakonom, aktom donetim u skladu sa zakonom ili ugovorom zaključenim između lica i rukovaoca, imaju pravo njihovog korišćenja. "AMS Osiguranje", kao rukovalac podataka, preuzima sve tehničke, kadrovske i organizacione mere zaštite podataka o ličnosti. Unutar "AMS Osiguranje" podatke mogu obrađivati samo lica koja su opštim i pojedinačnim aktima ovlašćena za njihovu obradu. Podaci koji se obrađuju u informacionom sistemu osigurani su sistemima za autorizaciju i identifikaciju, uz restriktivnu dostupnost samo ovlašćenim licima.

Popunjavanjem i podnošenjem ovog dokumenta potvrđujem da sam upoznat sa uslovima prikupljanja i dalje obrade podataka u skladu sa podacima iz gornjeg obaveštenja, kao i da svojeručnim potpisom dajem pristanak da "AMS Osiguranje" izvrši obradu i korišćenje podataka o ličnosti u skladu sa važećim propisima. Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio/la tačno i potpuno kao i da sam saglasan da Osiguravač pribavlja moj lični document sa slikom i biometričkim podacima u cilju jedinstvene identifikacije lica.

\_\_\_\_\_  
OŠTEĆENI / PODNOSILAC ZAHTEVA

\_\_\_\_\_  
PRIJEMNI REFERENT

**Skica štetnog događaja:**