

**ODŠTETNI ZAHTEV****Q.Z.37.04****-lom stakla-****Izdanje:01****Datum: 12.08.2019**Sektor za prijem, procenu i likvidaciju šteta
BEOGRAD, Ruzveltova 16
_____ / _____ god

BROJ ODŠTETNOG ZAHTEVA

BROJ POLISE

ORG. JEDINICA

Podaci o Osiguraniku/ Ugovaraču/ OštećenomUgovarač/ osiguranik: _____
Ime, prezime ili naziv preduzeća

JMBG/PIB

Email

Telefon 1

Telefon 2

Oštećni: _____
Ime, prezime ili naziv preduzeća

JMBG/PIB

Email

Telefon 1

Telefon 2

Podaci o štetnom događaju

Datum nastanka: _____ Vreme nastanka: _____ Mesto nastanka: _____

Adresa nastanka štete: _____

Opis nastanka štete:

Opis oštećenja:

Da li je slučaj prijavljen MUP-u?

 DA NE

Da li je na lice mesta izlazila vatrogasna ekipa?

 DA NE**Tehnički podaci o oštećenoj stvari**

Oštećeno staklo

Vrsta: _____ Debljina: _____ Površina: _____

Neon reklama

Koji deo? _____ God nabavke: _____

Pod punom krivičnom i materijalnom odgovornošću izjavljujem da su svi dati podaci tačni, potpuni i istiniti.

Ovlašćujem organe koji su vodili ili vode bilo kakvu istragu u vezi sa prijavljenim slučajem, da mogu dati sve podatke koje bi od njih tražilo. "AMS Osiguranje" a.d.o. i oslobađam ih obaveze čuvanja profesionalne tajne. 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 dokument sa slikom i biometrijskim podacima u cilju jedinstvene identifikacije lica.

OŠTEĆENI / PODNOSILAC ZAHTEVA_____
PRIJEMNI REFERENT