

**ODŠTETNI ZAHTEV****Q.Z.37.01****-utvrđivanje štete na životinjama-****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

Osiguranik:			
Matični broj:		PIB:	
Adresa:			
Kontakt telefon:		E-mail:	

PODACI O ŠTETI

Na osnovu odredaba uslova za osiguranje životinja prijavljujem štetu na osiguranim životinjama sa sledećim podacima:

Broj i vrsta nastradalih životinja:	
Identifikacioni broj:	
Vrsta štete (uginuće, prinudno klanje/ubijanje)	
Datum nastanka štete:	
Uzrok i okolnosti pod kojima je šteta nastala:	

Da li je životinju pregledao veterinar: _____

DOSTAVLJENA DOKUMENTACIJA:

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

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 zatražilo. "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, preduzima 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