



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, 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 document sa slikom i biometrijskim podacima u cilju jedinstvene identifikacije lica.

OŠTEĆENI / PODNOSILAC ZAHTEVA

PRIJEMNI REFERENT

Skica štetnog događaja: