



Филијала	Број на штета	Датум на штета
Број на полиса	Траење од - до	Тарифа

ОСИГУРЕНИК

Име, Презиме, Име на фирма	Адреса: улица и број	
ЕМБГ, ДБ на фирма	Место	Телефонски број
Број на штедна или тековна сметка	Депонент банка	

Вид на стаклото, рекламните плочи и неон - цевките со уредите	Големина (m ²)	Дебелина (mm)

Причина за настанување на штетата:

Осигуреникот, односно овластениот претставник, со овој потпис ја потврдува вистинитоста на наведените податоци

Во _____ Датум _____ . 20__ год.

Примено на _____ . 20__ год.

За осигурувачот

За осигуреникот



Пополнува субјектот на лични податоци

Во согласност со Законот за заштита на личните податоци ја давам следната:

ИЗЈАВА

за согласност на обработка на лични податоци и чување фотокопии од лична документација

Јас долупотпишаниот,

Име и презиме

Согласен сум Друштвото за осигурување ЗОИЛ МАКЕДОНИЈА АД Битола, моите лични податоци да ги обработува согласно, Законот за заштита на лични податоци и позитивните законски прописи и интерни акти на, Друштвото за осигурување ЗОИЛ МАКЕДОНИЈА АД Битола, а особено да ги регистрира, обработува и ажурира моите податоци за потребите на Друштвото за осигурување ЗОИЛ МАКЕДОНИЈА АД Битола, да врши пренос на моите лични податоци во други држави кои се членки на ЕУ или другите држави кои не се членки на ЕУ, а по претходно добиено одбрение на Дирекцијата за заштита на лични податоци. Наведените податоци се деловна тајна согласно Законот за заштита на личните податоци, Законот за супервизија на осигурувањето и другите важечки законски прописи. Доколку штетата не е пријавена директно од оштетеното лице, пријавителот изјавува дека е согласен да го извести оштетениот за размената и начинот на обработка на личните податоци на оштетениот согласно оваа изјава. Изречно изјавувам дека сум запознаен со правото на увид и имам информација во врска со обработка и исправка на моите лични податоци. Изречно сум согласен за потребите на Друштвото за осигурување ЗОИЛ МАКЕДОНИЈА АД Битола, заради евентуална заштита на правата на Друштвото за осигурување ЗОИЛ МАКЕДОНИЈА АД Битола, во судски, управни постапки или други постапки определени со закон, да направи и да задржи копија од мојата лична карта, да направи и да задржи копија од мојата трансакциска сметка и друг личен документ. Изјавата ја давам под полна морална материјална и кривична одговорност не присилуван од никого. Изјавувам дека сум согласен/а за истите цели Друштвото за осигурување ЗОИЛ МАКЕДОНИЈА АД Битола да направи и чува фотокопии од моите лични документи и тоа:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> лична карта / пасош | <input type="checkbox"/> трансакциона сметка |
| <input type="checkbox"/> возачка дозвола | <input type="checkbox"/> медицинска документација |
| <input type="checkbox"/> сообраќајна дозвола | <input type="checkbox"/> извод од матична книга на родени / умрени / венчани |

Согласен сум целата комуникација и достава на документација да се одвива преку следната Е-mail адреса:

Лицето кое го пополнува овој образец со свој потпис ја потврдува вистинитоста на наведените податоци во него.

Датум

Место

Потпис