AMS OSIGURANJE	**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/ Oštećenom

Ugovarač/ 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 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 ovlašćnim licima. Popunjavanjem I podnošenjem ovog dokumeta 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 biometriskim podacima u cilju jedinstvene identifikacije lica.

_____ _____
OŠTEĆENI / PODNOSILAC ZAHTEVA PRIJEMNI REFERENT