

Број на полиса: Датум на откуп:

Барање за откуп на полиса

**Податоци за
договарачот**

| | | |
|--|---|--|
| Име и презиме / Назив на правно лице | ЕМБГ/ЕДБ <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| Адреса / Седиште на правното лице | Место <input type="text"/> | Поштенски број <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Е-майл <input type="text"/> | Телефон <input type="text"/> | |
| Трансакциска сметка <input type="text"/> <input type="text"/> | Назив на банка <input type="text"/> | |

Потребна документација која се поднесува од страна на осигуреникот за исплата на откуп на полисата:

- Полиса за осигурување на живот во оригинал;
- Образец - Изјава за носител на јавна функција;
- Фотокопија од документ за идентификација (лична карта/пасош);
- Фотокопија од трансакциска сметка;
- Доколку договарачот е правно лице потребно е да се достави и тековна состојба не постара од 6 недели.

Со овој потпис потврдувам и се согласувам дека: Сите наведени податоци се точни и вистинити; Согласен сум ГРАВЕ Осигурување АД Скопје да ги собира, обработува, користи и ажурира моите лични податоци, вклучувајќи и ЕМБГ за целите на обработка на барањето, согласно член 10 од Законот за заштита на лични податоци; Согласен сум да се изврши пренос на моите лични податоци во други држави кои се членки на ЕУ или други држави кои не се членки на ЕУ, а по претходно одобрение од Агенцијата за заштита на личните податоци; Запознат/а сум дека наведените податоци претставуваат деловна тајна согласно Законот за заштита на личните податоци, Законот за супервизија на осигурувањето и другите законски и подзаконски акти; Го овластувам ГРАВЕ Осигурување АД Скопје, да има пристап до моите лични податоци и медицински следувања.

Начин на пријава (означете): по пошта во просториите на Друштвото електронска пошта друго _____

М.П.

Место и датум

Потпис и печат на договарачот
на осигурување