

Застапник/Посредник

Датум на доставување во Граве

Број на полиса

Број на понуда

 Ве молиме понудата пополнете ја со печатни букви. Одговорот прецртајте го со
ПОНУДА ЗА СКЛУЧУВАЊЕ НА ДОГОВОР ЗА ОСИГУРУВАЊЕ НА ЖИВОТОТ
 Тарифа Г1 Тарифа Г11 Тарифа

за ГРАВЕ

Договарач на осигурувањето

-
- машко
-
-
- женско
-
-
- фирма
-
-
- останато

Презиме и име		ЕМБР или ЕДБ за правни лица		Дата на раѓање	
Број на пошта _____ Место _____		Улица _____		Ден _____ Месяц _____ Година _____	
Професија/Вид на дејност		Општина		Странско државјанство	
				Број на телефон	
				Моб. телефон	

Осигуреник

-
- машко
-
-
- женско

Презиме и име		ЕМБР или ЕДБ за правни лица		Дата на раѓање	
Број на пошта _____ Место _____		Улица _____		Ден _____ Месяц _____ Година _____	
Професија/Вид на дејност		Општина		Странско државјанство	
				Број на телефон	
				Моб. телефон	

Осигурување на живот

Пристапна старост _____ год.	Траење на осигурувањето _____ год.	Почеток на осигурувањето	Осигурен износ	Бруто премија
		Ден _____ Месяц _____ Година _____	_____ €	_____ €

Осигурување во случај на траен инвалидитет како последица на несреќен случај

<input type="checkbox"/> УИ 1 Осигурен износ 9.100	Болничка дневница 6 €	Бруто премија 25 €	Бруто премија _____ €
<input type="checkbox"/> УИ 2 Осигурен износ 18.125	Болничка дневница 12 €	Бруто премија 50 €	
<input type="checkbox"/> УИ 3 Осигурен износ 27.200	Болничка дневница 18 €	Бруто премија 75 €	
<input type="checkbox"/> УИ 4 Осигурен износ 36.250	Болничка дневница 24 €	Бруто премија 100 €	
<input type="checkbox"/> УИ 5 Осигурен износ 22.000	Болничка дневница 15 €	Бруто премија 62 €	
<input type="checkbox"/> УИ 6 Осигурен износ 44.000	Болничка дневница 30 €	Бруто премија 123 €	

Посебни договори	<input type="checkbox"/> Индекс над 3.500 €	Трошоци 6 €
------------------	---	--------------------

Начин на плаќање 1/... Доплата ... % Вкупно	1 рата	Вкупна бруто премија _____ €
---	--------	------------------------------

Корисници

Во случај на надживување на осигуреникот (име, презиме, матичен број)	Во случај на смрт на осигуреникот (име, презиме, матичен број)
Ако никој не е наведен, корисник на осигурувањето ќе биде договарачот на осигурувањето.	Ако никој не е наведен, корисници на осигурувањето ќе бидат законските наследници на осигуреникот.

Прашања за осигуреникот

Дали имате или сте имале склучено некои други договори за осигурување на лица? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Дали сте преležале некоја тешка болест, сте имале повреди, или сте биле на операција? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
Вид на осигурување _____ Друштво за осигурување _____ Број на полиса _____	Кои? _____
Дали на работа сте изложени на посебни опасности (на пр. зрачење, работа со експлозивни средства, задржување во опасни подрачја)? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Дали сте биле на лекување во болница, лекувалиште или рехабилитација? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
Кои? _____	Кога и каде? _____
Дали организирано се занимавате со спорт? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Дали сте се лечеле со радиоактивни зрачења? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
Вид на спорт _____ Клуб _____	Дали моментално сте болни или повредени? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
Управувате ли со едрилицы или моторни летала? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Наведете ги податоците за постоечките болести (потешкотии) или повреди (срце, бели дробови, желудник, јетра, бубрези, нерви, душевни болести, рак, инвалидност, шеќерна болест, крвен притисок...)
Дали се занимавате со опасни спортови (на пр: нуркање, падобранство, змејарство, алпинизам, крос со мотори...)? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Дали редовно _____
Со кои? _____	<input type="checkbox"/> Пиете алкохол <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не Колку дневно? _____
Вашата висина: _____ см Вашата тежина: _____ кг	<input type="checkbox"/> Пушите <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не Колку дневно? _____
	<input type="checkbox"/> Користите дрога <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не Колку дневно? _____
	<input type="checkbox"/> Користите лекови <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не Колку дневно? _____
	Матичен лекар или било кој друг лекар кој во последно време Ве лечел или Ве лечи? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
	Име, презиме, адреса: _____

Ги прочитав објаснувањата кои се наоѓаат на заеднината на понудата. Со потпис потврдувам дека ги прифаќам објаснувањата на овој договор и преземањето на копија од понудата.

Место и дата	Име, презиме и потпис на застапникот/посредникот во осигурувањето	Потпис на договарачот во осигурувањето	Потпис на осигуреникот
--------------	---	--	------------------------

Застапник/Посредник

Датум на доставување во Граве

Број на полиса

Број на понуда

 Ве молиме понудата пополнете ја со печатни букви. Одговорот прецртајте го со
ПОНУДА ЗА СКЛУЧУВАЊЕ НА ДОГОВОР ЗА ОСИГУРУВАЊЕ НА ЖИВОТОТ
 Тарифа Г1 Тарифа Г11 Тарифа

Застапник

Договарач на осигурувањето

-
- машко
-
-
- женско
-
-
- фирма
-
-
- останато

Презиме и име		ЕМБР или ЕДБ за правни лица		Дата на раѓање	
Број на пошта		Место		Улица	
Професија/Вид на дејност		Општина		Странско државјанство	
Број на пошта		Број		Број на телефон	
Моб. телефон		Странско државјанство		Моб. телефон	

Осигуреник

-
- машко
-
-
- женско

Презиме и име		ЕМБР или ЕДБ за правни лица		Дата на раѓање	
Број на пошта		Место		Улица	
Професија/Вид на дејност		Општина		Странско државјанство	
Број на пошта		Број		Број на телефон	
Моб. телефон		Странско државјанство		Моб. телефон	

Осигурување на живот

Пристапна старост	Траење на осигурувањето	Почеток на осигурувањето	Осигурен износ	Бруто премија
_____ год.	_____ год.	Ден Месец Година	_____ €	_____ €

Осигурување во случај на траен инвалидитет како последица на несреќен случај

<input type="checkbox"/> УИ 1 Осигурен износ	9.100	Болничка дневница 6 €	Бруто премија 25 €	Бруто премија _____ €
<input type="checkbox"/> УИ 2 Осигурен износ	18.125	Болничка дневница 12 €	Бруто премија 50 €	
<input type="checkbox"/> УИ 3 Осигурен износ	27.200	Болничка дневница 18 €	Бруто премија 75 €	
<input type="checkbox"/> УИ 4 Осигурен износ	36.250	Болничка дневница 24 €	Бруто премија 100 €	
<input type="checkbox"/> УИ 5 Осигурен износ	22.000	Болничка дневница 15 €	Бруто премија 62 €	
<input type="checkbox"/> УИ 6 Осигурен износ	44.000	Болничка дневница 30 €	Бруто премија 123 €	

Посебни договори	<input type="checkbox"/> Индекс над 3.500 €	Трошоци 6 €
------------------	---	-------------

Начин на плаќање 1/... Доплата ... % Вкупно	1 рата	Вкупна бруто премија _____ €
---	--------	------------------------------

Корисници

Во случај на надживување на осигуреникот (име, презиме, матичен број)	Во случај на смрт на осигуреникот (име, презиме, матичен број)
Ако никој не е наведен, корисник на осигурувањето ќе биде договарачот на осигурувањето.	Ако никој не е наведен, корисници на осигурувањето ќе бидат законските наследници на осигуреникот.

Прашања за осигуреникот

Дали имате или сте имале склучено некои други договори за осигурување на лица? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Дали сте преležале некоја тешка болест, сте имале повреди, или сте биле на операција? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
Вид на осигурување _____ Друштво за осигурување _____ Број на полиса _____	Кои? _____ Дали сте биле на лекување во болница, лекувалиште или рехабилитација? _____
Дали на работа сте изложени на посебни опасности (на пр. зрачење, работа со експлозивни средства, задржување во опасни подрачја)? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Кога и каде? _____ Дали сте се лечеле со радиоактивни зрачења? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
Кои? _____ Дали моментално сте болни или повредени? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Наведете ги податоците за постоечките болести (потешкотии) или повреди (срце, бели дробови, желудник, јетра, бубрези, нерви, душевни болести, рак, инвалидност, шеќерна болест, крвен притисок...)
Дали организирано се занимавате со спорт? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Дали редовно _____
Вид на спорт _____ Клуб _____	<input type="checkbox"/> Пиете алкохол <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не Колку дневно? _____
Управувате ли со едрилицы или моторни летала? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	<input type="checkbox"/> Пушите <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не Колку дневно? _____
Дали се занимавате со опасни спортови (на пр: нуркање, падобранство, змејарство, алпинизам, крос со мотори...)? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	<input type="checkbox"/> Користите дрога <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не Колку дневно? _____
Со кои? _____	<input type="checkbox"/> Користите лекови <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не Колку дневно? _____
Вашата висина: _____ см Вашата тежина: _____ кг	Матичен лекар или било кој друг лекар кој во последно време Ве лечел или Ве лечи? _____
	Име, презиме, адреса: _____

Ги прочитав објаснувањата кои се наоѓаат на заеднината на понудата. Со потпис потврдувам дека ги прифаќам објаснувањата на овој договор и преземањето на копија од понудата.

Место и дата	Име, презиме и потпис на застапникот/посредникот во осигурувањето	Потпис на договарачот во осигурувањето	Потпис на осигуреникот
--------------	---	--	------------------------

Застапник/Посредник

Датум на доставување во Граве

Број на полиса

Број на понуда

 Ве молиме понудата пополнете ја со печатни букви. Одговорот прецртајте го со
ПОНУДА ЗА СКЛУЧУВАЊЕ НА ДОГОВОР ЗА ОСИГУРУВАЊЕ НА ЖИВОТОТ
 Тарифа Г1 Тарифа Г11 Тарифа

Застапник

Договарач на осигурувањето

-
- машко
-
-
- женско
-
-
- фирма
-
-
- останато

Презиме и име		ЕМБР или ЕДБ за правни лица		Дата на раѓање	
Број на пошта _____ Место _____		Улица _____		Ден _____ Месец _____ Година _____	
Професија/Вид на дејност		Општина		Странско државјанство	
				Број на телефон	
				Моб. телефон	

Осигуреник

-
- машко
-
-
- женско

Презиме и име		ЕМБР или ЕДБ за правни лица		Дата на раѓање	
Број на пошта _____ Место _____		Улица _____		Ден _____ Месец _____ Година _____	
Професија/Вид на дејност		Општина		Странско државјанство	
				Број на телефон	
				Моб. телефон	

Осигурување на живот

Пристапна старост _____ год.	Траење на осигурувањето _____ год.	Почеток на осигурувањето	Осигурен износ	Бруто премија
		Ден _____ Месец _____ Година _____	_____ €	_____ €

Осигурување во случај на траен инвалидитет како последица на несреќен случај

<input type="checkbox"/> УИ 1 Осигурен износ 9.100	Болничка дневница 6 €	Бруто премија 25 €	Бруто премија _____ €
<input type="checkbox"/> УИ 2 Осигурен износ 18.125	Болничка дневница 12 €	Бруто премија 50 €	
<input type="checkbox"/> УИ 3 Осигурен износ 27.200	Болничка дневница 18 €	Бруто премија 75 €	
<input type="checkbox"/> УИ 4 Осигурен износ 36.250	Болничка дневница 24 €	Бруто премија 100 €	
<input type="checkbox"/> УИ 5 Осигурен износ 22.000	Болничка дневница 15 €	Бруто премија 62 €	
<input type="checkbox"/> УИ 6 Осигурен износ 44.000	Болничка дневница 30 €	Бруто премија 123 €	

Посебни договори	<input type="checkbox"/> Индекс над 3.500 €	Трошоци 6 €
------------------	---	--------------------

Начин на плаќање 1/... Доплата ... % Вкупно	1 рата	Вкупна бруто премија _____ €
---	--------	------------------------------

Корисници

Во случај на надживување на осигуреникот (име, презиме, матичен број)	Во случај на смрт на осигуреникот (име, презиме, матичен број)
Ако никој не е наведен, корисник на осигурувањето ќе биде договарачот на осигурувањето.	Ако никој не е наведен, корисници на осигурувањето ќе бидат законските наследници на осигуреникот.

Прашања за осигуреникот

Дали имате или сте имале склучено некои други договори за осигурување на лица? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Дали сте преležале некоја тешка болест, сте имале повреди, или сте биле на операција? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
Вид на осигурување _____ Друштво за осигурување _____ Број на полиса _____	Кои? _____
Дали на работа сте изложени на посебни опасности (на пр. зрачење, работа со експлозивни средства, задржување во опасни подрачја)? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Дали сте биле на лекување во болница, лекувалиште или рехабилитација? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
Кои? _____	Кога и каде? _____
Дали организирано се занимавате со спорт? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Дали сте се лечеле со радиоактивни зрачења? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
Вид на спорт _____ Клуб _____	Дали моментално сте болни или повредени? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
Управувате ли со едрилицы или моторни летала? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Наведете ги податоците за постоечките болести (потешкотии) или повреди (срце, бели дробови, желудник, јетра, бубрези, нерви, душевни болести, рак, инвалидност, шеќерна болест, крвен притисок...)
Дали се занимавате со опасни спортови (на пр: нуркање, падобранство, змејарство, алпинизам, крос со мотори...)? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Дали редовно _____
Со кои? _____	<input type="checkbox"/> Пиете алкохол <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не Колку дневно? _____
Вашата висина: _____ см Вашата тежина: _____ кг	<input type="checkbox"/> Пушите <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не Колку дневно? _____
	<input type="checkbox"/> Користите дрога <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не Колку дневно? _____
	<input type="checkbox"/> Користите лекови <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не Колку дневно? _____
	Матичен лекар или било кој друг лекар кој во последно време Ве лечел или Ве лечи? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
	Име, презиме, адреса: _____

Ги прочитав објаснувањата кои се наоѓаат на заеднината на понудата. Со потпис потврдувам дека ги прифаќам објаснувањата на овој договор и преземањето на копија од понудата.

Место и дата	Име, презиме и потпис на застапникот/посредникот во осигурувањето	Потпис на договарачот во осигурувањето	Потпис на осигуреникот
--------------	---	--	------------------------

Застапник/Посредник

Датум на доставување во Граве

Број на полиса

Број на понуда

 Ве молиме понудата пополнете ја со печатни букви. Одговорот прецртајте го со
ПОНУДА ЗА СКЛУЧУВАЊЕ НА ДОГОВОР ЗА ОСИГУРУВАЊЕ НА ЖИВОТОТ
 Тарифа Г1 Тарифа Г11 Тарифа

Договорарч

Договорарч на осигурувањето

-
- машко
-
-
- женско
-
-
- фирма
-
-
- останато

Презиме и име		ЕМБР или ЕДБ за правни лица		Дата на раѓање	
Број на пошта		Место		Улица	
Професија/Вид на дејност		Општина		Странско државјанство	
Број на пошта		Место		Број на телефон	
Професија/Вид на дејност		Општина		Моб. телефон	

Осигуреник

-
- машко
-
-
- женско

Презиме и име		ЕМБР или ЕДБ за правни лица		Дата на раѓање	
Број на пошта		Место		Улица	
Професија/Вид на дејност		Општина		Странско државјанство	
Број на пошта		Место		Број на телефон	
Професија/Вид на дејност		Општина		Моб. телефон	

Осигурување на живот

Пристапна старост	Траење на осигурувањето	Почеток на осигурувањето	Осигурен износ	Бруто премија
_____ год.	_____ год.	Ден Месяц Година	_____ €	_____ €

Осигурување во случај на траен инвалидитет како последица на несреќен случај

<input type="checkbox"/> УИ 1 Осигурен износ	9.100	Болничка дневница 6 €	Бруто премија 25 €	Бруто премија _____ €
<input type="checkbox"/> УИ 2 Осигурен износ	18.125	Болничка дневница 12 €	Бруто премија 50 €	
<input type="checkbox"/> УИ 3 Осигурен износ	27.200	Болничка дневница 18 €	Бруто премија 75 €	
<input type="checkbox"/> УИ 4 Осигурен износ	36.250	Болничка дневница 24 €	Бруто премија 100 €	
<input type="checkbox"/> УИ 5 Осигурен износ	22.000	Болничка дневница 15 €	Бруто премија 62 €	
<input type="checkbox"/> УИ 6 Осигурен износ	44.000	Болничка дневница 30 €	Бруто премија 123 €	

Посебни договори	<input type="checkbox"/> Индекс над 3.500 €	Трошоци 6 €
------------------	---	-------------

Начин на плаќање 1/... Доплата ... % Вкупно	1 рата	Вкупна бруто премија _____ €
---	--------	------------------------------

Корисници

Во случај на надживување на осигуреникот (име, презиме, матичен број)	Во случај на смрт на осигуреникот (име, презиме, матичен број)
Ако никој не е наведен, корисник на осигурувањето ќе биде договорарчот на осигурувањето.	Ако никој не е наведен, корисници на осигурувањето ќе бидат законските наследници на осигуреникот.

Прашања за осигуреникот

Дали имате или сте имале склучено некои други договори за осигурување на лица? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Дали сте преležале некоја тешка болест, сте имале повреди, или сте биле на операција? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
Вид на осигурување _____ Друштво за осигурување _____ Број на полиса _____	Кои? _____ Дали сте биле на лекување во болница, лекувалиште или рехабилитација? _____
Дали на работа сте изложени на посебни опасности (на пр. зрачење, работа со експлозивни средства, задржување во опасни подрачја)? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Кога и каде? _____ Дали сте се лечеле со радиоактивни зрачења? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
Кои? _____ Дали моментално сте болни или повредени? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Наведете ги податоците за постоечките болести (потешкотии) или повреди (срце, бели дробови, желудник, јетра, бубрези, нерви, душевни болести, рак, инвалидност, шеќерна болест, крвен притисок...)
Дали организирано се занимавате со спорт? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Дали редовно _____
Вид на спорт _____ Клуб _____	<input type="checkbox"/> Пиете алкохол <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не Колку дневно? _____
Управувате ли со едрилицы или моторни летала? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	<input type="checkbox"/> Пушите <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не Колку дневно? _____
Дали се занимавате со опасни спортови (на пр: нуркање, падобранство, змејарство, алпинизам, крос со мотори...)? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	<input type="checkbox"/> Користите дрога <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не Колку дневно? _____
Со кои? _____	<input type="checkbox"/> Користите лекови <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не Колку дневно? _____
Вашата висина: _____ см Вашата тежина: _____ кг	Матичен лекар или било кој друг лекар кој во последно време Ве лечел или Ве лечи? _____
	Име, презиме, адреса: _____

Ги прочитав објаснувањата кои се наоѓаат на заеднината на понудата. Со потпис потврдувам дека ги прифаќам објаснувањата на овој договор и преземањето на копија од понудата.

Место и дата	Име, презиме и потпис на застапникот/посредникот во осигурувањето	Потпис на договорарчот во осигурувањето	Потпис на осигуреникот
--------------	---	---	------------------------

ОБЈАСНУВАЊЕ

1. Договорачот на осигурувањето односно осигуреникот (осигурениците) одговорен е за вистинитоста на податоците кои се внесени во Понудата.
2. Договорачот потврдува дека му е врачена една копија од Понудата. Понудата е составен дел на Договорот за животно осигурување. Се додека полисата не биде доставена по пошта или на некој друг начин подоцна ако одредбите од Полисата не се разликуваат од одредбите на Понудата, потписот на договорачите на Понудата вредат како постпис на Полисата.
3. Се смета дека со приемот на Полисата склучен е договорот за осигурување.
4. Договорачот е известен за тоа дека застапникот на осигурителното друштво ГРАВЕ при изработка на Понудата не е овластен за заклучување на Договор за осигурување и дека на може да ги превземе обврските кои не се во врска со оваа Понуда.
5. Сите договори, пријави, понуди и објаснувања во врска со Договорот за осигурување мораат да бидат во писмена форма. Сите дописи на осигурителното друштво ГРАВЕ се важечки ако се во писмена форма на нејзин меморандум.
6. Договорачот на осигурувањето потврдува дека ги примил општите и посебните услови на осигурителното друштво ГРАВЕ за сите врсти на осигурување кои се обработени во Понудата.
7. Договорачот се обврзува дека ќе ја уплати премијата на сметка на осигурителното друштво ГРАВЕ.

ГРАВЕ - ОСИГУРУВАЊЕ НА ЖИВОТ - ТАРИФА Г-1

1. Природна смрт на осигуреникот (смрт како последица на болест)

На корисникот на осигурувањето веднаш му се исплаќа:

- целокупниот износ од осигурување на живот;
- до тогаш остварената добивка.

Вкупно: 1 x осигурениот износ + до тогаш остварената добивка.

2. Смрт на осигуреното лице како последица на несреќен случај

На корисникот на осигурувањето веднаш му се исплаќа:

- целокупниот износ на дополнителното осигурување од несреќен случај;
- целокупниот износ на осигурување на живот;
- до тогаш остварената добивка.

Вкупно: 2 x осигурениот износ + дотогаш остварената добивка

3. Доживување

На корисникот на осигурувањето му се надоместува:

- целокупниот износ од осигурувањето на живот;
- целокупната добивка.

Вкупно: 1 x осигурениот износ + целокупната добивка.

Напомена: Премијата на осигурувањето мора да биде платена за годината кога настапила смртта на осигуреното лице.

ОТКУП, ДОБИВКА, НАДОМЕСТОК ЗА СМРТ, КАПИТАЛИЗАЦИЈА.

Примери за осигуреник (маж) 30 год. со траење на осигурувањето 20 год., осигурен износ од 9.626,00 Евра и премија од 500 Евра. Во случај на откуп и во случај на смрт го додаваме делот од очекуваната добивка.

После години	Откупна вредност	Надомест во случај на природна смрт	Капитализирана вредност
1	0	9.626	0
2	0	9.626	681
3	901	9.626	1.233
4	1.348	9.626	1.778
5	1.781	9.626	2.315
6	2.220	9.626	2.846
7	2.666	9.626	3.372
8	3.119	9.626	3.890
9	3.579	9.626	4.402
10	4.047	9.626	4.906
11	4.521	9.626	5.406
12	5.002	9.626	5.898
13	5.491	9.626	6.383
14	5.986	9.626	6.862
15	6.490	9.626	7.335
16	7.002	9.626	7.803
17	7.523	9.626	8.265
18	8.052	9.626	8.723
19	8.593	9.626	9.176
20	9.145	9.626	9.626

ГРАВЕ - ОСИГУРУВАЊЕ НА ЖИВОТ - ТАРИФА Г-11

1. Природна смрт на осигуреникот (смрт како последица на болест)

На корисникот на осигурувањето веднаш му се исплаќа:

- целокупниот износ од осигурување на живот;
- до тогаш остварената добивка.

Вкупно: 1 x осигурениот износ + дотогаш остварената добивка

2. Смрт на осигуреното лице како последица на несреќен случај

На корисникот на осигурувањето веднаш му се исплаќа:

- целокупниот износ од осигурување на живот;
- до тогаш остварената добивка.

Вкупно: 1 x осигурениот износ + дотогаш остварената добивка

3. Доживување

На корисникот на осигурувањето му се надоместува:

- целокупниот износ од осигурувањето на живот;
- целокупната добивка.

Вкупно: 1 x осигурениот износ + целокупната добивка.

Напомена: Премијата на осигурувањето се уплаќа еднократно

ОТКУП, ДОБИВКА, НАДОМЕСТОК ЗА СМРТ.

Примери за осигуреник (маж) 30 год. со траење на осигурувањето 20 год., осигурен износ од 12.224,00 Евра и премија од 10.000,00 Евра. Во случај на откуп и во случај на смрт го додаваме делот од очекуваната добивка.

После години	Откупна вредност	Надомест во случај на смрт
1	9.035	12.224
2	9.152	12.224
3	9.272	12.224
4	9.393	12.224
5	9.516	12.224
6	9.641	12.224
7	9.768	12.224
8	9.898	12.224
9	10.029	12.224
10	10.162	12.224
11	10.296	12.224
12	10.433	12.224
13	10.573	12.224
14	10.713	12.224
15	10.857	12.224
16	11.003	12.224
17	11.151	12.224
18	11.302	12.224
19	11.455	12.224
20	11.613	12.224

НАПОМЕНА: СИТЕ НАДОМЕСТОЦИ МОЖАТ НА КОРИСНИКОТ ДА МУ СЕ ИСПЛАТАТ ВО ОБЛИК НА РЕНТА

ГРАВЕ ОСИГУРУВАЊЕ ОД ПОСЛЕДИЦИ НА НЕСРЕЌЕН СЛУЧАЈ

Траен инвалидитет од последиците на несреќен случај

Ако дојде до траен инвалидитет од последиците на несреќен случај, надоместокот изнесува онолку проценти од осигурениот износ за случај на инвалидитет колку што е инвалидитетот изразен во проценти.

Се применуваат од 01.05.2021 год.