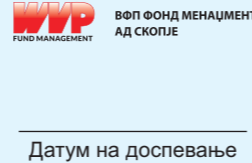




Ул. Пиринска бр. 23, 1000 Скопје
Тел.: +389/2/310 96 73, Факс: +389/2/311 88 55
Е-маил: office.skopje@grawe.at
www.grawe.mk

Број на полиса:
 Нова
 Замена бр.
Број на понуда:

Агенција:
М.П.
(конт.бр.на застапник)



Датум на доспевање

Ве молиме пополнете со печатни букви
 Обележете го потребното

Понуда за склучување на осигурување на живот во врска со удели во инвестициски фондови ГРАВЕ ИНВЕСТ

За ГРАВЕ

Договарач на осигурувањето

- Машко
 Женско
 Фирма

Презиме и име /Назив
ЕМБГ/ЕМБС
Тел.бр.
е-mail:
Број на пошта

Професија/ Вид на дејноста
Улица и број
Место Општина

Датум на раѓање:
ден месец година

Осигуреник

- Машко
 Женско

Презиме и име
ЕМБГ
Тел.бр.
е-mail:
Број на пошта

Професија/ Вид на дејноста
Улица и број
Место Општина

Датум на раѓање:
ден месец година

Тарифа: ФЛД1

<input type="checkbox"/> Индекс на раст на трошоци на живот	<input type="checkbox"/> Фиксен индекс 2%	Возраст	Период на осигурување	Бр.на години на плаќање премии	Почеток ден месец година 01
Договорена сума (збир на премии) ЕУР		Осигурена сума за случај на смрт ЕУР		Годишна премија ЕУР	
Премиие ќе бидат уплатени во <input type="checkbox"/> ГРАВЕ ГЛОБАЛ (РОИФ1928032019ГРГЛ6983120) 100%					
Друштво за управување со инвестициски фондови ВФП ФОНД МЕНАЏМЕНТ АД Скопје					
Начин на плаќање премија					Рата (1) ЕУР
<input type="checkbox"/> Дополнително осигурување за случај на смрт од незгода (UTZ)	Премија	<input type="checkbox"/> 7,50 ЕУР	<input type="checkbox"/> 15,00 ЕУР	<input type="checkbox"/> 22,50 ЕУР	Годишна премија ЕУР
	Осигурен износ	<input type="checkbox"/> 5.000 ЕУР	<input type="checkbox"/> 10.000 ЕУР	<input type="checkbox"/> 15.000 ЕУР	
<input type="checkbox"/> Дополнително осигурување на инвалидитет од незгода	<input type="checkbox"/> УИ1 Осигурен износ	9.100 ЕУР	Болничка дневница	6 ЕУР	Годишна премија ЕУР
	<input type="checkbox"/> УИ2 Осигурен износ	18.125 ЕУР	Болничка дневница	12 ЕУР	
	<input type="checkbox"/> УИ3 Осигурен износ	27.200 ЕУР	Болничка дневница	18 ЕУР	
	<input type="checkbox"/> УИ4 Осигурен износ	36.250 ЕУР	Болничка дневница	24 ЕУР	
	<input type="checkbox"/> УИ5 Осигурен износ	22.000 ЕУР	Болничка дневница	15 ЕУР	
	<input type="checkbox"/> УИ6 Осигурен износ	44.000 ЕУР	Болничка дневница	30 ЕУР	
Начин на плаќање на премијата (еднаков како за тарифата ГРАВЕ ИНВЕСТ)					Вкупна годишна премија ЕУР
Само за дополнителните осигурувања		1/1	1/2	1/4	1/12
Посебни договори		Директно оптоварување <input type="checkbox"/>			Трошоци 6 ЕУР
					Рата (2) ЕУР
					Рата (1+2) ЕУР

Корисници на осигурувањето:

Корисник во случај на доживување (име и презиме, ЕМБГ)	Корисник во случај на смрт (име и презиме, ЕМБГ)
Ако никој не е наведен, корисник е договарачот на осигурувањето	Ако никој не е наведен, корисник на осигурување се законските наследници

Идентификација на договарачот - Во согласност со одредбите на законот за спречување на перење пари

а) Осигуреник физичко лице: Документ за лична идентификација (лична карта /пасош) Број на документот: _____ Издаден од: _____	б) Договарач правно лице: Матичен број на правно лице: _____ / _____ - приложете фотокопија од извод од судски регистар и проверете ја веродостојноста со увид на оригинална или заверена документација од судски регистар или друг јавен регистар, која не е постара од три месеци.
--	--

Прашања за осигуреникот

1. Дали имате или сте имале склучени други договори за осигурување на живот, осигурувања од незгода? Осигурена сума: _____ ЕУР Вид на осигурување: _____ Друштво за осигурување: _____ Бр.на полиса: _____	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	7. Други важни податоци и навики? а) Дали пушите? Колку цигари дневно? _____ <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не б) Дали пиете алкохолни пијалаци? _____ <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не в) Дали земате или сте земале каква било дрога? _____ <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не г) Дали некогаш сте се лекувале од зависност од алкохол или други зависности (таблетоманија, дроги и слично)? _____ <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не д) Дали редовно примате или сте примале некои лекови? _____ <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не е) Кои? _____ ѓ) Ваша висина _____ cm и тежина _____ kg
2. Дали при вршење на вашата работа и во слободно време сте изложени на посебни опасности? Ако е да, на кои?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	8. На прашањата одговорате детално. Дали сте преболеле болести, имале повреди, операции? Дали сте биле во болница, лекувалиште или на рехабилитација? Кога, колку време и кој ве лекувал?
3. Дали се натпреварувате (се занимавате со спорт) на земја, во вода или во воздух? Ако е да, со кој вид:	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	9. Податоци за постојни болести (проблеми) или повреди (срце, бели дробови, желудник, црн дроб, бубрези, нерви, ментални болести, дијабетес, крвен притисок, рак, инвалидитет или други) Кои? _____
4. Дурги ризични спортови (пр. нуркање, падобранство, змајарство, алпинизам, мото крос). Со кои?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	10. Матичен лекар или кои било други лекари, што последни Ве лекувале или ќе Ве лекуваат: Име, адреса: _____
5. Дали моментално или повремено сте болни или повредени? Поради што?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	
6. Дали сте имале незгода, повреда или труење? Дали поради тоа Ви е определен процент на инвладитет? Ако е да, колку и поради што?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	

Јас, долупотпишаниот со ова ја ополномоштувам осигурителната компанија и нејзините овластени органи да ја прегледаат мојата (нашата) здравствена состојба: да спроведат други испитувања (истражувања): да си обезбедат информации од страна на поединци, лекари, болници, осигурителни компании, судови и институции, кои се однесуваат на штетен настан, да извршат увид во документи и да направат преписи на документите. Во оваа смисла ги ослободувам/е сите, кои би биле прашани, во врска со ова, од чување тајна, дури и по мојата/нашата смрт. Потписниците на оваа понуда се согласуваат и ја ополномоштуваат осигурителната компанија да ги собира, обработува, чува и доставува нивните лични податоци, согласно Законот за супервизија на осигурување и Законот за заштита на личните податоци. Ги прочитав деталните објаснувања, наведени во Документот со клучни податоци. Со потписот потврдувам дека тие објаснувања се дел од понудата на договорот за осигурување. Осигуреникот, со склучување на осигурувањето изрично и неотповикливо ги ополномоштува лекарите, болниците и другите медицински установи, каде што се лекувал, или ќе се лекува, како и другите осигурителни компании или службени органи, на писмено барање на осигурителната компанија да и ги достават сите потребни информации и документација за осигуреникот и неговата здравствена состојба, која, по проценка на осигурителната компанија има или би можела да има причинско-последична врска со осигурениот случај.

Инвестициски фонд – дополнителна изјава на осигуреникот: Запознаен бев со различните можности за инвестициите и изрично предупреден на забелешките за ризик наведени во Документот со клучни податоци . Свесен сум дека развојот на вредноста на инвестициските фондови зависи од промените на пазарот на капитал. Запознаен сум со можностите и опасностите во врска со тоа. Свесен сум и дека ГРАВЕ осигурување АД Скопје нема влијание врз развојот на вредноста на инвестицискиот фонд и дека затоа од осигурителното друштво не може да се бара одговорност за резултатите на фондот. Потврдувам дека бев информиран од ГРАВЕ осигурување АД Скопје, дека од осигурителното друштво можам да добијам дополнителни информации за понудениот фонд. Свесен за можностите и опасностите, што ми беа образложени и кои ги примам на знаење, сам се одлучив за горенаведениот фонд.

Изјава за носител на јавна функција
Изјавувам под морална, кривична и материјална одговорност дека (заокружете ја буквата и наведете ги потребните информации)
(а) не сум носител на јавна функција и/или лице поврзано со носител на јавна функција;
(б) сум носител на јавна функција _____ (наведете ја функцијата)
и/или лице поврзано со носител на јавна функција _____ (наведете ја функцијата).

Место и датум	Потпис и печат на посредникот/застапникот	Потпис на договарачот	Потпис на осигуреникот, полнолетно лице (во случај договарачот и осигуреникот да се различни лица)
---------------	---	-----------------------	--

*Приговор за работата на Друштвото може да се достави до Агенцијата за супервизија на осигурување кој е надлежен орган за супервизија на Друштвото, во рок и на начин утврден со Закон.