

ОБЈАСНУВАЊА

- Сите понуди, пријави, изјави или известувања од подносителот на понудата односно договорачот на осигурувањето или осигуреникот мораат да се достават до осигурувачот во пишана форма. Изјавите на осигурувачот се валидни само ако се во пишана форма.
- Застапникот за осигурување или друго овластено лице од осигурувачот не е овластено во име и за сметка на осигурувачот да склучува договори за осигурување, да договара измени или продолжување на траењето на договорот, да издава полиси за осигурување, да наплатува премии, да прима изјави уплатени на осигурувачот и да дава изјави, кои го обврзуваат осигурувачот, туку е овластен исклучиво да му пружи помош на подносителот на понудата при пополнување на истата.
- Договорачот на осигурување и осигуреникот при поднесувањето на понудата и во периодот од поднесувањето на понудата до донесување одлука за нејзино прифаќање, односно одбивање се должни на осигурувачот точно и потполно да му ги пријават сите околности, кои се значајни за оценка на ризикот, а кои им се познати или не можеле да им останат непознати. Значајни околности се сметаат особено оние за чие постоење осигурувачот јасно поставил прашања во писмена форма.
- Осигурителното покритие не започнува на денот на потпишување на оваа понуда од страна на подносителот на понудата туку на начинот, којшто е одреден со општите и посебните услови на осигурувањето.
- Договорачот на осигурувањето се обврзува да плати премија на жиро сметка на ГРАВЕ осигурување а.д. Скопје.

ГРАВЕ ЕЛИТ - ПРЕСМЕТКА НА НАДОМЕСТ

1. Доживување

На корисникот на осигурувањето му се исплаќа:
- целокупниот осигурен износ + до тогаш остварената добивка

Вкупно: 1 x осигурен износ + до тогаш остварената добивка

2. Настанување на одредени тешки болести кај осигуреник

На корисникот на осигурувањето му се исплаќа:
- целокупниот осигурен износ + до тогаш остварената добивка

Вкупно: 1 x осигурен износ + до тогаш остварената добивка

Со исплатата на надоместот престанува осигурителното покритие за сите останати договорени осигурувања

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

На корисникот на осигурувањето му се исплаќа:
- целокупниот осигурен износ + до тогаш остварената добивка

Вкупно: 1 x осигурен износ + до тогаш остварената добивка

4. Смрт на осигуреникот како последица на несреќен случај

На корисникот на осигурувањето му се исплаќа:
- целокупниот осигурен износ + до тогаш остварената добивка
- еднократен осигурен износ поради дополнителното осигурување за смрт како последица на несреќен случај

Вкупно: 2 x осигурен износ + до тогаш остварената добивка

5. Настанување на одредена тешка болест кај дете на осигуреникот

На корисникот на осигурувањето му се исплаќа:
- $\frac{1}{4}$ од осигурен износ (но не повеќе од 7.500 ЕУР)

Вкупно $\frac{1}{4}$ од осигурен износ (но не повеќе од 7.500 ЕУР)

КАРЕНЦА – ГРАВЕ ЕЛИТ 20 плус

За сите тешки болести е одредена тримесечна скаденца.

ОСИГУРУВАЊЕ ОД ПОСЛЕДИЦИ ОД НЕСРЕЌЕН СЛУЧАЈ

1. Трајна инвалидност како последица на несреќен случај

Ако дојде до трајна инвалидност како последица од несреќен случај, надоместот изнесува толку проценти од осигурениот износ во случај на инвалидност колку што изнесува инвалидност во проценти.
Пример: 20% трајна инвалидност = 20% од осигурениот износ УИ1, УИ2, УИ3, УИ4, УИ5, УИ6.

75% трајна инвалидност = 75% од осигурениот износ УИ1, УИ2, УИ3, УИ4, УИ5, УИ6.

2. Надомест за секој ден поминат на болничко лекување заради санација на здравствената состојба предизвикана од несреќа

За секој ден лечење во болница поради несреќа се исплаќа договорениот износ, ако лечењето е медицинско оправдано.
Плаќањето на овој надомест е ограничено на 365 дена во текот на две години.

АУЗ - ОСИГУРУВАЊЕ ЗА ОСЛОБОДУВАЊЕ ОД ПЛАЌАЊЕ НА ПРЕМИЈА ЗА ВРЕМЕ НА РАБОТНА НЕСПОСОБНОСТ

Ако осигуреникот за време на траењето на осигурувачот пред навршена 50-та година од животот стане работно неспособен поради болест или несреќа 42 дена без престан ГРАВЕ осигурување а.д. Скопје ќе го ослободи договорачот на осигурувањето од плаќање на премијата за утврдените денови на работна неспособност.
Ослободувањето од плаќање на премијата важи за сите договорени видови на осигурувања.



Животот е еден.
Осигурајте се за да биде
безгрижен, долг и вреден!





ул. Пиринска бр.23, 1000 Скопје
тел. +389-2-3109-673
office.skopje@grawe.at ; www.grawe.mk

Посредник/ Застанник

Датум на доставување во Граве	Полиса број
Понуда број	

Понуда за осигурување на животот и одредени тешки болести

За ГРАВЕ
Ве молиме пополнете со печатни букви
 Означете што одговара

<input type="checkbox"/> Машко <input type="checkbox"/> Женско <input type="checkbox"/> Правно лице <input type="checkbox"/> Останато	Име и презиме	ЕМБГ / ЕДБ	Датум и место на раѓање
			ден месец година
	Број на пошта	Место, улица и број	Општина
	Број на лична карта / број на пасош (за странски државјани)	Место на издавање на документот	Орган кој го издал документот
	Професија / Вид на дејност	<input type="checkbox"/> Вработен <input type="checkbox"/> Невработен	Странско државјанство
			E-mail
<input type="checkbox"/> Машко <input type="checkbox"/> Женско	Име и презиме	ЕМБГ / ЕДБ	Датум и место на раѓање
			ден месец година
	Број на пошта	Место, улица и број	Општина
	Број на лична карта / број на пасош (за странски државјани)	Место на издавање на документот	Орган кој го издал документот
	Професија / Вид на дејност	<input type="checkbox"/> Вработен <input type="checkbox"/> Невработен	Странско државјанство
			E-mail

I ГРАВЕ ЕЛИТ / ТБ	Пристанка старост	Траење на осиг.	Почеток м г	Осигурен износ	Премија
			0 1 2 0	ЕВРА	ЕВРА

II ОСИГУРУВАЊЕ ОД ПОСЛЕДИЦИ ОД НЕСРЕЌЕН СЛУЧАЈ

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

III ОСИГУРУВАЊЕ ЗА ОСЛОБОДУВАЊЕ ОД ПЛАЌАЊЕ ПРЕМИЈА ЗА ВРЕМЕ НА РАБОТНА НЕСПОСОБНОСТ

АЗУ ВКУПНО ПРЕМИЈА x 5%

Индекс над 3.500 ЕВРА Трошоци 6 ЕВРА

ГОДИШНА ПРЕМИЈА (I + II + III) ЕВРА

БРОЈ НА РАТИ 1/ ДОПЛАТА % ВКУПНО ЕВРА ПРВА РАТА ЕВРА ВКУПНО ЕВРА

КОРИСНИЦИ НА ОСИГУРУВАЊЕТО

Корисник во случај на доживување (име, презиме, ЕМБГ)	Корисник во случај на смрт (име, презиме, ЕМБГ)	Корисник во случај на тешка болест (име, презиме, ЕМБГ)
Ако никој не е наведен, корисник е договорач на осигурување	Ако никој не е наведен, корисници на осигурувањето се законските наследници	Ако никој не е наведен, корисник е договорач на осигурување

ПРАШАЊА ЗА ОСИГУРЕННИКОТ

1. Дали постојат или постоеле некои други договорени осигурувања на животот, несреќен случај, здравствени осигурувања или осигурувања на животот со надомест за одредени тешки болести односно дали таквите се одбили? Осигурен износ Осигурително друштво	5. Дали имате било каква телесна мана или недостаток? Дали заради тоа Ви е одреден процент на инвалидност? Ако да колкав и заради што? ДА <input type="checkbox"/> НЕ
2. Дали при извршување на Вашата работа сте изложени на посебни опасности (на пр. зрачење, работа со експлозивни средства, работа на платформи со нафта или гас, работа на танкер и сл.)? Ако да, на кои?	6. Други важни податоци и навики? а) Дали пушите? Колку цигари дневно? _____ б) Дали пиете алкохолни пијалоци? Кои и колку? _____ в) Дали сте земале или земате било каква дрога? _____ г) Дали било кога сте се лечеле од алкохол и други зависности (таблетоманија, дрога и сл.)? д) Дали земате или редовно сте земале некој лекови? Кои? _____ ф) Ваша висина и тежина см _____ кг _____ ДА <input type="checkbox"/> НЕ
3. Дали се занимавате со спорт на земја, вода, воздух? Ако да, со кој вид? □ аматерски □ професионално	ДА <input type="checkbox"/> НЕ
4. Други ризични спортиви (на пр. управување со едрилица, моторен авион, нукрање на длабочина поголема од 20 м, падобранство, змејарство, алпинизам, моторкрос трки и сл.) Кои?	ДА <input type="checkbox"/> НЕ

ПРАШАЊА ЗА ОСИГУРЕННИКОТ

7. Дали моментално или трајно сте неспособни за работа и поради што? ДА <input type="checkbox"/> НЕ	9. Дали во последниот 5 години сте биле непрекинато болни подолго од 4 недели? ДА <input type="checkbox"/> НЕ

8. Дали во последните 10 години сте боледувале или боледувате од: a) болести на срцето и крвни садови (на пр. вродени или стекнати срцеви мани, ангила пекторис, срцев инфаркт или друг облик на срцева болест, покачен крвен притисок, переметување на срцевиот ритам, воспаление или тромбоза на вените и сл.)? ДА <input type="checkbox"/> НЕ	10. Дали во последните 10 години постоела или постојат следните болести, состојби или здравствени потешкотии: a) тумори или малигни болести (карцином) во било кој облик? ДА <input type="checkbox"/> НЕ
b) акути и хронични зарази и други инфективни болести (ТБЦ, зараза жолтица, сифилис, маларија, хепатитис Б и Ц, СИДА)? ДА <input type="checkbox"/> НЕ	b) здравствени потешкотии како последица на поранешни болести, труење, несреќа, повреда и сл.? ДА <input type="checkbox"/> НЕ
c) мозочен удар, мултиплекс склероза, психосоматски синдром и други невролошки болести? ДА <input type="checkbox"/> НЕ	c) алергии, значајна загуба на телесната тежина или здравствени потешкотии кои не се наведени? ДА <input type="checkbox"/> НЕ
d) болести на урогениталниот систем (на пр. воспаление на бубрезите и бубрежните канали, камен во бубрезите, мочните канали или бешика, одстрнување на бубрег, вродени малформации (аномалии) на бубрезите и уринарниот тракт, оштетување на бубрежната функција, воспалителни болести или тумори на простатата, тестисите и мочниот канал)? ДА <input type="checkbox"/> НЕ	11. Дали во последните 5 години Ви се утврдили патолошки наоди (при преглед на крвта, ЕКГ, РТГ, при мерење крвен притисок и сл.)? Дали сте извршиле ХИВ тест и кога? Какви се резултатите? ДА <input type="checkbox"/> НЕ
e) болести на нервниот систем и психички болести (на пр. воспалителни и дегенеративни болести, пареза, парализа, епилепсија и сл., психози, депресии, шизофренија, обид за самобиство и сл.)? ДА <input type="checkbox"/> НЕ	Дали во последните 5 години сте биле на преглед кај лекар, на операција, на болничко лечење или во лекувалиште на физикална терапија? ДА <input type="checkbox"/> НЕ
f) болести на локомоторниот систем (на пр. ревматски болести, дегенеративни болести на зглобовите и кичмата, операција на кичмата, болести на менискусот и сл. пречки во движењето и сл.)? ДА <input type="checkbox"/> НЕ	12. Дали во Вашето семејство (родители, браќа, сестри) пред навршени 65 години од животот имало шеќерна болест, заболување на срцето и кардиоваскуларни систем, мозочен удар, заболување на бубрег, малигни тумори, мултиплекс склероза, потешки душевни болести или други наследни болести? ДА <input type="checkbox"/> НЕ
g) болести на крвта и згртучување на крвта (на пр. леукемија, тромбоцитопенија, хеморагиска дијатеза, хемофилија и сл.)? ДА <input type="checkbox"/> НЕ	13. Име, презиме, адреса на Вашиот лекар и назив на здравствената установа: _____
z) болести на сетилата за вид, слух и другите сетила? ДА <input type="checkbox"/> НЕ	_____
s) болести на имунолошкиот и лимфен систем (на пр. СИДА, лимфоми)? ДА <input type="checkbox"/> НЕ	_____
i) болести на дојките (кај жените)? ДА <input type="checkbox"/> НЕ	_____

Ве молиме овде да дадете исцрпни одговори на сите прашања на кои сте одговориле со ДА:

-Вид на заболување, потешкотии, пречки? Резултат? Последици?

-Име, презиме, адреса на лекарот или болницата?

Прашање:	

Договорач на осигурувањето и осигуреникот изјавуваат дека сите податоци на оваа понуда се вистинити и потполни и дека ќе ги сносат сите законски поспедици во случај на давање невистинити и/или непотполни податоци.

Согласен/на сум моите лични податоци наведени во овој документ да бидат регистрирани, обработувани и ажурирани за потребите на Граве Осигурување АД Скопје, како 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. Наведените податоци се точни.

Договорач на осигурувањето и осигуреникот јасно изјавуваат дека на Граве Осигурување АД Скопје му допуштаат нивните лични податоци, кои се прибрани по основ на оваа понуда, да ги обработува со цел процена дали и под кои услови ќе прифаат оваа понуда како и во постапката за освртавање на правата и исполнување на обврските што потекнуваат од склученото договор за осигурување. Договорач на осигурувањето и осигуреникот јасно изјавуваат дека на Граве Осигурување АД Скопје и правните лица, кои делуваат во рамките на концернот им дозволуваат употреба на личните податоци, кои се прибрани на основа на оваа понуда, како и податоците за електронската адреса со цел директна промоција на нивните производи. Со потпишот податоци се запознаен со нивната содржина. Со потпишување на оваа понуда се согласуваат обврската на овој договор и премезајот на оваа понуда се датираат податоците на Граве Осигурување АД Скопје.

Договорач на осигурувањето и осигуреникот прифаат дека обврската за чување на професионална тајна на лекари и на сите други физички и правни лица ако е тоа на баарење и според процена на Граве Осигурување АД Скопје (во понатамошниот текст: Осигурител) му е потребно заради прибрање на информации значајни за процена дали Осигурителот ќе прифаат понудата за осигурување, односно заради утврдување на взајмните права и обврски дефинирани со договорот за осигурување. Договорач на осигурувањето и осигуреникот со своја слободна волја ги овластуваат лекарите, државни или приватни здравствени установи дека на писмено баарење, на Осигурителот ќе му ја отстапат на увид или ќе му достават копии од документите од осигуреникот кои се однесуваат на него. Содржат и некои правни одредби како и прилози кои се составен дел од договорот за осигурување, договорач на осигурувањето и осигуреникот ги потврдуваат со свој потпис дека ги разбираат и дека ги прифаќаат.

Име, презиме и шифра на застапникот
Потпис и печат

Место / датум Име, презиме и потпис на застапникот/посредник Потпис на договорач на осигурувањето
Потпис на осигуреникот, полнолетно лице (ако осигуреникот и договорачот 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.



ул. Пиринска бр.23, 1000 Скопје
тел. +389-2-3109-673
office.skopje@grawe.at ; www.grawe.mk

Посредник/ Застапник

Датум на доставување во Граве	Полиса број
Понуда број	

Понуда за осигурување на животот и одредени тешки болести

Ве молиме пополнете со печатни букви
 Означете што одговара

<input type="checkbox"/> Машко <input type="checkbox"/> Женско <input type="checkbox"/> Правно лице <input type="checkbox"/> Останато	Име и презиме	ЕМБГ / ЕДБ	Датум и место на раѓање
			ден месец година
	Број на пошта	Место, улица и број	Општина
	Број на лична карта / број на пасош (за странски државјани)	Место на издавање на документот	Орган кој го издал документот
	Професија / Вид на дејност	<input type="checkbox"/> Вработен <input type="checkbox"/> Невработен	Странско државјанство
			E-mail
<input type="checkbox"/> Машко <input type="checkbox"/> Женско	Име и презиме	ЕМБГ / ЕДБ	Датум и место на раѓање
			ден месец година
	Број на пошта	Место, улица и број	Општина
	Број на лична карта / број на пасош (за странски државјани)	Место на издавање на документот	Орган кој го издал документот
	Професија / Вид на дејност	<input type="checkbox"/> Вработен <input type="checkbox"/> Невработен	Странско државјанство
			E-mail

I ГРАВЕ ЕЛИТ / ТБ	Пристанка старост	Траење на осиг.	Почеток м г	Осигурен износ	Премија
			0 1 2 0	ЕВРА	ЕВРА

II ОСИГУРУВАЊЕ ОД ПОСЛЕДИЦИ ОД НЕСРЕЌЕН СЛУЧАЈ

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

III ОСИГУРУВАЊЕ ЗА ОСЛОБОДУВАЊЕ ОД ПЛАЌАЊЕ ПРЕМИЈА ЗА ВРЕМЕ НА РАБОТНА НЕСПОСОБНОСТ

АЗУ ВКУПНО ПРЕМИЈА x 5%

Индекс над 3.500 ЕВРА	<input type="checkbox"/>	Трошоци	6	ЕВРА
ГОДИШНА ПРЕМИЈА (I + II + III)				ЕВРА

БРОЈ НА РАТИ	1/	ДОПЛАТА	%	ВКУПНО	ЕВРА	ПРВА РАТА	ЕВРА	ВКУПНО	ЕВРА
--------------	----	---------	---	--------	------	-----------	------	--------	------

КОРИСНИЦИ НА ОСИГУРУВАЊЕТО

Корисник во случај на доживување (име, презиме, ЕМБГ)	Корисник во случај на смрт (име, презиме, ЕМБГ)	Корисник во случај на тешка болест (име, презиме, ЕМБГ)
Ако никој не е наведен, корисник е договорачот на осигурување	Ако никој не е наведен, корисници на осигурувањето се законските наследници	Ако никој не е наведен, корисник е договорачот на осигурување

ПРАШАЊА ЗА ОСИГУРЕННИКОТ

1. Дали постојат или постоеле некои други договорени осигурувања на животот, несреќен случај, здравствени осигурувања или осигурувања на животот со надомест за одредени тешки болести односно дали таквите се одбили? Осигурен износ Осигурително друштво	5. Дали имате било каква телесна мана или недостаток? Дали заради тоа Ви е одреден процент на инвалидност? Ако да колкав и заради што? ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/>
2. Дали при извршување на Вашата работа сте изложени на посебни опасности (на пр. зрачење, работа со експлозивни средства, работа на платформи со нафта или гас, работа на танкер и сл.)? Ако да, на кои?	6. Други важни податоци и навики? а) Дали пушите? Колку цигари дневно? _____ б) Дали пиете алкохолни пијалоци? Кои и колку? _____ в) Дали сте земале или земате било каква дрога? _____ г) Дали било кога сте се лечеле од алкохол и други зависности (таблетоманија, дрога и сл.)? д) Дали земате или редовно сте земале некој лекови? Кои? ф) Ваша висина и тежина см _____ кг _____
3. Дали се занимавате со спорт на земја, вода, воздух? Ако да, со кој вид? <input type="checkbox"/> аматерски <input type="checkbox"/> професионално	ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/>
4. Други ризични спортивни (на пр. управување со едрилица, моторен авион, нукрање на длабочина поголема од 20 м, падобранство, змејарство, алпинизам, моторкрос трки и сл.) Кои?	ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/>

ПРАШАЊА ЗА ОСИГУРЕННИКОТ

7. Дали моментално или трајно сте неспособни за работа и поради што? ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/>	9. Дали во последниот 5 години сте биле непрекинато болни подолго од 4 недели? ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/>
8. Дали во последните 10 години сте боледувале или боледувате од: а) болести на срцето и крвни садови (на пр. вродени или стекнати срцеви мани, ангила пекторис, срцев инфаркт или друг облик на срцева болест, покачен крвен притисок, переметување на срцевиот ритам, воспаление или тромбоза на вените и сл.)? б) болести на дишниот систем (на пр. бронхитис, хроничен бронхитис, воспаление на белите дробови, бронхијална астма, заболувања на грлото и сл.)? в) болести на дигестивниот системот (на пр. гастритис, чир на желудни или дванаестопалечно црево, крварење од дигестивниот тракт, воспалителни или други функционални болести на цревата, туморски или малигни болести, болести на црниот дроб - хепатитис, цироза и сл., болести на жолчните патишта, панкраеат и сл.)? г) болести на урогениталниот систем (на пр. воспаление на бубрезите и бубрежните канали, камен во бубрезите, мочните канали или бешика, одстранување на бубрег, вродени малформации (аномалии) на бубрезите и уринарниот тракт, оштетување на бубрежната функција, воспалителни болести или тумори на простатата, тестисите и мочниот дроб - хепатитис, цироза и сл.)? д) болести на нервниот систем и психички болести (на пр. воспалителни и дегенеративни болести, пареза, парализа, епилепсија и сл., психози, депресии, шизофренија, обид за самобиство и сл.)? е) болести на локомоторниот систем (на пр. ревматски болести, дегенеративни болести на зглобовите и кичмата, операција на кичмата, болести на менискусот и сл. пречки во движењето и сл.)? ж) болести на крвта и згртучување на крвта (на пр. леукемија, тромбоцитопенија, хеморагиска дијатеза, хемофилија и сл.)? з) болести на сетилата за вид, слух и другите сетила? с) болести на имунолошкиот и лимфен систем (на пр. СИДА, лимфоми)? и) болести на дојките (кај жените)?	
10. Дали во последните 10 години сте постоела или постојат следните болести, состојби или здравствени потешкотии: а) тумори или малигни болести (карцином) во било кој облик? б) акутни и хронични зарази и други инфективни болести (ТБЦ, зараза жолтица, сифилис, маларија, хепатитис Б и Ц, СИДА)? в) мозочен удар, мултиплекс склероза, психосоматски синдром и други невролошки болести? г) здравствени потешкотии како последица на поранешни болести, труење, несреќа, повреда и сл.? д) алергии, значајна загуба на телесната тежина или здравствени потешкотии кои не се наведени?	ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/>
11. Дали во последните 5 години Ви се утврдили патолошки наоди (при преглед на крвта, ЕКГ, РТГ, при мерење крвен притисок и сл.)? Дали сте извршиле ХИВ тест и кога? Какви се резултатите?	ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/>
12. Дали во Вашето семејство (родители, браќа, сестри) пред навршени 65 години од животот имало шеќерна болест, заболување на срцето и кардиоваскуларни систем, мозочен удар, заболување на бубрег, малигни тумори, мултиплекс склероза, потешки душевни болести или други наследни болести?	ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/>
13. Име, презиме, адреса на Вашиот лекар и назив на здравствената установа:	

Ве молиме овде да дадете исцрпни одговори на сите прашања на кои сте одговориле со ДА:

-Вид на заболување, потешкотии, пречки? Резултат? Последици?

-Име, презиме, адреса на лекарот или болницата?

Прашање:	

Договорачот на осигурувањето и осигуреникот изјавуваат дека сите податоци на оваа понуда се вистинити и потполни и дека ќе ги сносат сите законски последици во случај на давање невистинити и/или непотполни податоци.

Согласен/на сум моите лични податоци наведени во овој документ да бидат регистрирани, обработувани и ажурирани за потребите на Граве Осигурување АД Скопје, како и 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. Наведените податоци се точни.

Договорачот на осигурувањето и осигуреникот јасно изјавуваат дека на Граве Осигурување АД Скопје му допуштаат нивните лични податоци, кои се прибрани по основ на оваа понуда, да ги обработува со цел процена дали и под кои услови ќе прифати оваа понуда како и во постапката за освртување на правата и исполнување на обврските што потекнуваат од склученото договор за осигурување. Договорачот на осигурувањето и осигуреникот јасно изјавуваат дека на Граве Осигурување АД Скопје и правните лица, кои делуваат во рамките на концернот им дозволуваат употреба на личните податоци, кои се прибрани на основа на оваа понуда, како и податоците за електронската адреса со цел директна промоција на нивните производи. Со вкупна потпишана и потврдена дека ги прифаќаат објаснувањата на овој договор и премезамо на тајна согласно Законот за заштита на личните податоци, Законот за супервизија на осигурувањето и другите законски и подзаконски акти.

Договорачот на осигурувањето и осигуреникот прифаќаат дека обврската за чување на професионална тајна на лекари и на сите други физички и правни лица ако е тоа на баарање и според процена на Граве Осигурување АД Скопје (во понатамошниот текст: Осигурител) му е потребно заради прибрање на информации значајни за процена дали Осигурителот ќе прифати понудата за осигурување, односно заради утврдување на взајмните права и обврски дефинирани со договорот за осигурување. Договорачот на осигурувањето и осигуреникот со своја слободна волја ги овластуваат лекарите, државни или приватни здравствени установи дека на писмено баарање, на Осигурителот ќе му дадат копии од документите од осигуреникот кои се однесуваат на него, содржат и некои правни одредби како и прилози кои се составен дел од договорот за осигурување, договорачот на осигурувањето и осигуреникот ги потврдуваат со свој потпис дека ги разбираат и дека ги прифаќаат.

Име, презиме и шифра на застапникот
Место / датум Име, презиме и потпис на застапникот/посредник
Потпис на договорачот на осигурувањето
Потпис на осигуреникот, полнолетно лице (ако осигуреникот и договорачот 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.



ул. Пиринска бр.23, 1000 Скопје
тел. +389-2-3109-673
office.skopje@grawe.at ; www.grawe.mk

Посредник/ Застапник

Датум на доставување во Граве	Полиса број
Понуда број	

Понуда за осигурување на животот и одредени тешки болести

Ве молиме пополнете со печатни букви
 Означете што одговара

<input type="checkbox"/> Машко <input type="checkbox"/> Женско <input type="checkbox"/> Правно лице <input type="checkbox"/> Останато	Име и презиме	ЕМБГ / ЕДБ	Датум и место на раѓање
		□□□□□□	ден месец година
	Број на пошта	Место, улица и број	Општина
	Број на лична карта / број на пасош (за странски државјани)	Место на издавање на документот	Орган кој го издал документот
	Професија / Вид на дејност	<input type="checkbox"/> Вработен <input type="checkbox"/> Невработен	Странско државјанство
			E-mail
<input type="checkbox"/> Машко <input type="checkbox"/> Женско	Име и презиме	ЕМБГ / ЕДБ	Датум и место на раѓање
		□□□□□□	ден месец година
	Број на пошта	Место, улица и број	Општина
	Број на лична карта / број на пасош (за странски државјани)	Место на издавање на документот	Орган кој го издал документот
	Професија / Вид на дејност	<input type="checkbox"/> Вработен <input type="checkbox"/> Невработен	Странско државјанство
			E-mail

I ГРАВЕ ЕЛИТ / ТБ	Пристанка старост	Траење на осиг.	Почеток м г	Осигурен износ	Премија
			0 1 2 0	ЕВРА	ЕВРА

II ОСИГУРУВАЊЕ ОД ПОСЛЕДИЦИ ОД НЕСРЕЌЕН СЛУЧАЈ

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

III ОСИГУРУВАЊЕ ЗА ОСЛОБОДУВАЊЕ ОД ПЛАЌАЊЕ ПРЕМИЈА ЗА ВРЕМЕ НА РАБОТНА НЕСПОСОБНОСТ

АЗУ ВКУПНО ПРЕМИЈА x 5%

Индекс над 3.500 ЕВРА	<input type="checkbox"/>	Трошоци	6	ЕВРА
ГОДИШНА ПРЕМИЈА (I + II + III)				ЕВРА

БРОЈ НА РАТИ 1/ ДОПЛАТА % ВКУПНО ЕВРА ПРВА РАТА ЕВРА ВКУПНО ЕВРА

КОРИСНИЦИ НА ОСИГУРУВАЊЕТО

Корисник во случај на доживување (име, презиме, ЕМБГ)	Корисник во случај на смрт (име, презиме, ЕМБГ)	Корисник во случај на тешка болест (име, презиме, ЕМБГ)
Ако никој не е наведен, корисник е договорачот на осигурување	Ако никој не е наведен, корисници на осигурувањето се законските наследници	Ако никој не е наведен, корисник е договорачот на осигурување

ПРАШАЊА ЗА ОСИГУРЕННИКОТ

1. Дали постојат или постоеле некои други договорени осигурувања на животот, несреќен случај, здравствени осигурувања или осигурувања на животот со надомест за одредени тешки болести односно дали таквите се одбили? Осигурен износ Осигурително друштво	5. Дали имате било каква телесна мана или недостаток? Дали заради тоа Ви е одреден процент на инвалидност? Ако да колкав и заради што? ДА <input type="checkbox"/> НЕ
2. Дали при извршување на Вашата работа сте изложени на посебни опасности (на пр. зрачење, работа со експлозивни средства, работа на платформи со нафта или гас, работа на танкер и сл.)? Ако да, на кои?	6. Други важни податоци и навики? а) Дали пушите? Колку цигари дневно? _____ б) Дали пиете алкохолни пијалоци? Кои и колку? _____ в) Дали сте земале или земате било каква дрога? _____ г) Дали било кога сте се лечеле од алкохол и други зависности (таблетоманија, дрога и сл.)? д) Дали земате или редовно сте земале некој лекови? Кои? _____ ф) Ваша висина и тежина см _____ кг _____ ДА <input type="checkbox"/> НЕ
3. Дали се занимавате со спорт на земја, вода, воздух? Ако да, со кој вид? □ аматерски □ професионално	ДА <input type="checkbox"/> НЕ
4. Други ризични спортиви (на пр. управување со едрилица, моторен авион, нукрање на длабочина поголема од 20 м, падобранство, змејарство, алпинизам, моторкрос трки и сл.) Кои?	ДА <input type="checkbox"/> НЕ

ПРАШАЊА ЗА ОСИГУРЕННИКОТ

7. Дали моментално или трајно сте неспособни за работа и поради што? ДА <input type="checkbox"/> НЕ	9. Дали во последниот 5 години сте биле непрекинато болни подолго од 4 недели? ДА <input type="checkbox"/> НЕ

8. Дали во последните 10 години сте боледувале или боледувате од: a) болести на срцето и крвни садови (на пр. вродени или стекнати срцеви мани, ангила пекторис, срцев инфаркт или друг облик на срцева болест, покачен крвен притисок, переметување на срцевиот ритам, воспаление или тромбоза на вените и сл.)? ДА <input type="checkbox"/> НЕ	10. Дали во последните 10 години постоела или постојат следните болести, состојби или здравствени потешкотии: a) тумори или малигни болести (карцином) во било кој облик? ДА <input type="checkbox"/> НЕ
b) акути и хронични зарази и други инфективни болести (ТБЦ, зараза жолтица, сифилис, маларија, хепатитис Б и Ц, СИДА)? ДА <input type="checkbox"/> НЕ	b) здравствени потешкотии како последица на поранешни болести, труење, несреќа, повреда и сл.? ДА <input type="checkbox"/> НЕ
c) мозочен удар, мултиплекс склероза, психосоматски синдром и други невролошки болести? ДА <input type="checkbox"/> НЕ	c) алергии, значајна загуба на телесната тежина или здравствени потешкотии кои не се наведени? ДА <input type="checkbox"/> НЕ
d) болести на урогениталниот систем (на пр. воспаление на бубрезите и бубрежните канали, камен во бубрезите, мочните канали или бешика, одстрнување на бубрег, вродени малформации (аномалии) на бубрезите и уринарниот тракт, оштетување на бубрежната функција, воспалителни болести или тумори на простатата, тестисите и мочниот канал)? ДА <input type="checkbox"/> НЕ	e) болести на нервниот систем и психички болести (на пр. воспалителни и дегенеративни болести, пареза, парализа, епилепсија и сл., психози, депресии, шизофренија, обид за самобиство и сл.)? ДА <input type="checkbox"/> НЕ
f) болести на локомоторниот систем (на пр. ревматски болести, дегенеративни болести на зглобовите и кичмата, операција на кичмата, болести на менискусот и сл. пречки во движењето и сл.)? ДА <input type="checkbox"/> НЕ	g) болести на крвта и згртучување на крвта (на пр. леукемија, тромбоцитопенија, хеморагиска дијатеза, хемофилија и сл.)? ДА <input type="checkbox"/> НЕ
h) болести на сетилата за вид, слух и другите сетила? ДА <input type="checkbox"/> НЕ	i) болести на имунолошкиот и лимфен систем (на пр. СИДА, лимфоми)? ДА <input type="checkbox"/> НЕ
j) болести на дојките (кај жените)? ДА <input type="checkbox"/> НЕ	-----

Ве молиме овде да дадете исцрпни одговори на сите прашања на кои сте одговориле со ДА:

-Вид на заболување, потешкотии, пречки? Резултат? Последици?

-Име, презиме, адреса на Вашиот лекар и назив на здравствената установа:

Прашање:	

Договорачот на осигурувањето и осигуреникот изјавуваат дека сите податоци на оваа понуда се вистинити и потполни и дека ќе ги сносат сите законски поспедици во случај на давање невистинити и/или непотполни податоци.

Согласен/на сум моите лични податоци наведени во овој документ да бидат регистрирани, обработувани и ажурирани за потребите на Граве Осигурување АД Скопје, како и 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. Наведените податоци се точни.

Договорачот на осигурувањето и осигуреникот јасно изјавуваат дека на Граве Осигурување АД Скопје му допуштаат нивните лични податоци, кои се прибрани по основ на оваа понуда, да ги обработува со цел процена дали и под кои услови ќе прифати оваа понуда како и во постапката за освртавање на правата и исполнување на обврските што потекнуваат од склученото договор за осигурување. Договорачот на осигурувањето и осигуреникот јасно изјавуваат дека на Граве Осигурување АД Скопје и правите лица, кои делуваат во рамките на концернот им дозволуваат употреба на личните податоци, кои се прибрани на основ на оваа понуда, како и податоците за електронската адреса со цел директна промоција на нивните производи. Со вкупна потпишана и потврдена понуда се наведени податоци, Општите и посебните услови и дека се запознаени со нивната содржина. Со потпишана на оваа понуда се согласуваат обврската на овој договор и премезајот на компанијата на која е наведен ЕМБГ и адреса на живеење доколку има потреба за идентификација при штетен настап и издавање на полиси, и ја овластува да може да ја провери исправноста на дадените податоци кај надлежните здравствени институции или лекари, кои истите ги ослободува од обврската молчење и ги овластува да даваат информации.

Договорачот на осигурувањето и осигуреникот при слободна волја изјавуваат, и со својот потпис потврдуваат дека ослободуваат од обврската за чување на професионална тајна на лекари и на сите други физички и правни лица ако е тоа на баарање и според процена на Граве Осигурување АД Скопје (во понатамошниот текст: Осигурител) му е потребно заради прибрање на информации значајни за процена дали Осигурителот ќе прифати понудата за осигурување, односно заради утврдување на взајмните права и обврски дефинирани со договорот за осигурување. Договорачот на осигурувањето и осигуреникот со своја слободна волја ги овластуваат лекарите, државни или приватни здравствени установи дека ќе отстапат на увид или ќе му достават копии од документите од осигуреникот кои се однесуваат на негоативни промени одредби како и прилози кои се составен дел од договорот за осигурување, договорачот на осигурување и осигуреникот ги потврдуваат со свој потпис дека ги разбира и дека ги прифаќаат.

Име, презиме и шифра на застапникот
Место / датум Име, презиме и потпис на застапникот/посредник Потпис на договорачот на осигурување
Потпис на осигуреникот, полнолетно лице (ако осигуреникот и договорачот 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.



ул. Пиринска бр.23, 1000 Скопје
тел. +389-2-3109-673
office.skopje@grawe.at ; www.grawe.mk

Посредник/ Застанник

Датум на доставување во Граве	Полиса број
Понуда број	

Понуда за осигурување на животот и одредени тешки болести

Ве молиме пополнете со печатни букви
 Означете што одговара

<input type="checkbox"/> Машко <input type="checkbox"/> Женско <input type="checkbox"/> Правно лице <input type="checkbox"/> Останато	Име и презиме	ЕМБГ / ЕДБ	Датум и место на раѓање
			ден месец година
	Број на пошта	Место, улица и број	Општина
	Број на лична карта / број на пасош (за странски државјани)	Место на издавање на документот	Орган кој го издал документот
	Професија / Вид на дејност	<input type="checkbox"/> Вработен <input type="checkbox"/> Невработен	Странско државјанство
			E-mail
<input type="checkbox"/> Машко <input type="checkbox"/> Женско	Име и презиме	ЕМБГ / ЕДБ	Датум и место на раѓање
			ден месец година
	Број на пошта	Место, улица и број	Општина
	Број на лична карта / број на пасош (за странски државјани)	Место на издавање на документот	Орган кој го издал документот
	Професија / Вид на дејност	<input type="checkbox"/> Вработен <input type="checkbox"/> Невработен	Странско државјанство
			E-mail

I ГРАВЕ ЕЛИТ / ТБ	Пристанка старост	Траење на осиг.	Почеток м г	Осигурен износ	Премија
			0 1 2 0	ЕВРА	ЕВРА

II ОСИГУРУВАЊЕ ОД ПОСЛЕДИЦИ ОД НЕСРЕЌЕН СЛУЧАЈ

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

III ОСИГУРУВАЊЕ ЗА ОСЛОБОДУВАЊЕ ОД ПЛАЌАЊЕ ПРЕМИЈА ЗА ВРЕМЕ НА РАБОТНА НЕСПОСОБНОСТ

АЗУ ВКУПНО ПРЕМИЈА x 5%

Индекс над 3.500 ЕВРА	<input type="checkbox"/>	Трошоци	6	ЕВРА
ГОДИШНА ПРЕМИЈА (I + II + III)				ЕВРА
БРОЈ НА РАТИ	1/	ДОПЛАТА	%	ВКУПНО ЕВРА

КОРИСНИЦИ НА ОСИГУРУВАЊЕТО

Корисник во случај на доживување (име, презиме, ЕМБГ)	Корисник во случај на смрт (име, презиме, ЕМБГ)	Корисник во случај на тешка болест (име, презиме, ЕМБГ)
Ако никој не е наведен, корисник е договорачот на осигурување	Ако никој не е наведен, корисници на осигурувањето се законските наследници	Ако никој не е наведен, корисник е договорачот на осигурување

ПРАШАЊА ЗА ОСИГУРЕННИКОТ

1. Дали постојат или постоеле некои други договорени осигурувања на животот, несреќен случај, здравствени осигурувања или осигурувања на животот со надомест за одредени тешки болести односно дали таквите се одбили? Осигурен износ Осигурително друштво	5. Дали имате било каква телесна мана или недостаток? Дали заради тоа Ви е одреден процент на инвалидност? Ако да колкав и заради што? ДА <input type="checkbox"/> НЕ
2. Дали при извршување на Вашата работа сте изложени на посебни опасности (на пр. зрачење, работа со експлозивни средства, работа на платформи со нафта или гас, работа на танкер и сл.)? Ако да, на кои?	6. Други важни податоци и навики? а) Дали пушите? Колку цигари дневно? _____ б) Дали пиете алкохолни пијалоци? Кои и колку? _____ в) Дали сте земале или земате било каква дрога? _____ г) Дали било кога сте се лечеле од алкохол и други зависности (таблетоманија, дрога и сл.)? д) Дали земате или редовно сте земале некој лекови? Кои? ф) Ваша висина и тежина см _____ кг _____
3. Дали се занимавате со спорт на земја, вода, воздух? Ако да, со кој вид? <input type="checkbox"/> аматерски <input type="checkbox"/> професионално	ДА <input type="checkbox"/> НЕ
4. Други ризични спортиви (на пр. управување со едрилица, моторен авион, нукрање на длабочина поголема од 20 м, падобранство, змејарство, алпинизам, моторкрс трки и сл.) Кои?	ДА <input type="checkbox"/> НЕ

ПРАШАЊА ЗА ОСИГУРЕННИКОТ

7. Дали моментално или трајно сте неспособни за работа и поради што? ДА <input type="checkbox"/> НЕ	9. Дали во последниот 5 години сте биле непрекинато болни подолго од 4 недели? ДА <input type="checkbox"/> НЕ

8. Дали во последните 10 години сте боледувале или боледувате од: а) болести на срцето и крвни садови (на пр. вродени или стекнати срцеви мани, ангила пекторис, срцев инфаркт или друг облик на срцева болест, покачен крвен притисок, переметување на срцевиот ритам, воспаление или тромбоза на вените и сл.)? б) болести на дишниот систем (на пр. бронхитис, хроничен бронхитис, воспаление на белите дробови, бронхијална астма, заболувања на грлото и сл.)? в) болести на дигестивниот системот (на пр. гастритис, чир на желудни или дванаестопалечно црево, крварење од дигестивниот тракт, воспалителни или други функционални болести на цревата, туморски или малигни болести, болести на црниот дроб - хепатитис, цироза и сл., болести на жолчните патишта, панкраеат и сл.)? г) болести на урогениталниот систем (на пр. воспаление на бубрезите и бубрежните канали, камен во бубрезите, мочните канали или бешика, одстранување на бубрег, вродени малформации (аномалии) на бубрезите и уринарниот тракт, оштетување на бубрежната функција, воспалителни болести или тумори на простатата, тестисите и мозочен удар, мултиплекс склероза, психосоматски синдром и други невролошки болести)? д) болести на нервниот систем и психички болести (на пр. воспалителни и дегенеративни болести, пареза, парализа, епилепсија и сл., психози, депресии, шизофрении, обид за самобубство и сл.)? е) болести на локомоторниот систем (на пр. ревматски болести, дегенеративни болести на зглобовите и кичмата, операција на кичмата, болести на менискусот и сл. пречки во движењето и сл.)? ж) болести на крвта и згртучување на крвта (на пр. леукемија, тромбоцитопенија, хеморагиска дијатеза, хемофилија и сл.)? з) болести на сетилата за вид, слух и другите сетила? с) болести на имунолошкиот и лимфен систем (на пр. СИДА, лимфоми)? и) болести на дојките (кај жените)?	ДА <input type="checkbox"/> НЕ

11. Дали во последните 5 години Ви се утврдили патолошки наоди (при преглед на крвта, ЕКГ, РТГ, при мерење крвен притисок и сл.)? Дали сте извршиле ХИВ тест и кога? Какви се резултатите?	

12. Дали во Вашето семејство (родители, браќа, сестри) пред навршени 65 години од животот имало шеќерна болест, заболување на срцето и кардиоваскуларни систем, мозочен удар, заболување на бубрег, малигни тумори, мултиплекс склероза, потешки душевни болести или други наследни болести?	

13. Име, презиме, адреса на Вашиот лекар и назив на здравствената установа:	

Ве молиме овде да дадете исцрпни одговори на сите прашања на кои сте одговориле со ДА:

-Вид на заболување, потешкотии, пречки? Резултат? Последици?

-Име, презиме, адреса на лекарот или болницата?

Прашање:	

Договорачот на осигурувањето и осигуреникот изјавуваат дека сите податоци на оваа понуда се вистинити и потполни и дека ќе ги сносат сите законски последици во случај на давање невистинити и/или непотполни податоци.

Согласен/на сум моите лични податоци наведени во овој документ да бидат регистрирани, обработувани и ажурирани за потребите на Граве Осигурување АД Скопје, како и 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. Наведените податоци се точни.

Договорачот на осигурувањето и осигуреникот јасно изјавуваат дека на Граве Осигурување АД Скопје му допуштаат нивните лични податоци, кои се прибрани по основ на оваа понуда, да ги обработува со цел процена дали и под кои услови ќе я прифати оваа понуда како и во постапката за осигурување на правата и исполнување на обврските што потекнуваат од склученото договор за осигурување. Договорачот на осигурувањето и осигуреникот јасно изјавуваат дека на Граве Осигурување АД Скопје и правните лица, кои делуваат во рамките на концернот им дозволуваат употреба на личните податоци, кои се прибрани на основа на оваа понуда, како и податоците за електронската адреса со цел директна промоција на нивните производи. Со потпиште податоците на оваа понуда се согласуваат објаснувањата на овој договор и премезамот на којца од понудата, Општите и посебните услови и дека се запознаени со нивната содржина. Со потпишивање на оваа понуда се согласуваат Осигурителната компанија да ги обработува мојот ЕМБГ и адреса на живеење доколку има потреба за идентификација при штетен настан и издавање на полиси, и ја овластува да може да ја провери исправноста на дадените податоци кај надлежните здравствени институции или лекари, кои истите ги ослободува од обврската молчење и ги овластува да даваат информации.

Договорачот на осигурувањето и осигуреникот при слободна волја изјавуваат, и со својот потпис потврдуваат дека ослободуваат од обврската за чување на професионална тајна на лекари и на сите други физички и правни лица ако е тоа на баарање и според процена на Граве Осигурување АД Скопје (во понатамошниот текст: Осигурител) му е потребно заради прибрање на информации значајни за процена дали Осигурителот ќе ја прифати понудата за осигурување, односно заради утврдување на взајмните права и обврски дефинирани со договорот за осигурување. Договорачот на осигурувањето и осигуреникот со своја слободна волја ги овластуваат лекарите, државни или приватни здравствени установи дека ќе отстапат на увид или ќе му достават копии од документите од осигуреникот кои се однесуваат на негоат и нивните правни одредби како и прилози кои се составен дел од договорот за осигурување, договорачот на осигурување и осигуреникот ги потврдуваат со свој потпис дека ги прифаќаат.

Име, презиме и шифра на застапникот

Потпис и печат

Место / датум Име, презиме и потпис на застапникот/посредник Потпис на договорачот на осигурување Потпис на осигуреникот, полнолетно лице (ако осигуреникот и договорачот 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.