

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

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
- правно лице
- останато

Име и презиме / Назив на правно лице	ЕМБГ или ЕДБ за правни лица	Дата на раѓање Ден Месец Година
Број на пошта	Место	Улица
Професија/Вид на дејност	Општина	Број
		Број на телефон
		Странско државјанство
		Моб. телефон

Осигуреник

- машко
- женско

Име и презиме	ЕМБГ или ЕДБ за правни лица	Дата на раѓање Ден Месец Година
Број на пошта	Место	Улица
Професија/Вид на дејност	Општина	Број
		Број на телефон
		Странско државјанство
		Моб. телефон

Осигурување
на живот

Пристанка старост	Траење на осигурувањето	Почеток на осигурувањето Ден Месец Година	Осигурен износ	Бруто премија
год.	год.	01	EBPA	EBPA

Осигурување
во случај на траен
инвалидитет
како последица
на несреќен случај

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

Посебни договори	<input type="checkbox"/> Индекс над 3,500 EBPA	Трошоци 6 EBPA
------------------	--	----------------

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

Корисници

Во случај на доживување 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 некој други договори за осигурување на лица?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Дали сте прележале 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?
Кои?			Кога и каде?
Дали професионално се занимавате со спорт?		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Дали сте се лечеле со радиоактивни зрачења?
Вид на спорт	Клуб		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
Дали управувате ли со едрилици или моторни летала?		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Дали моментално сте болни или повредени?
Дали се занимавате со опасни спортови (на пр: нуркање, падобранство, смејарство, алпинизам, крос со мотори...)		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Наведете ги податоците за постоечките болести (потешкотии) или повреди (срце, бели дробови, желудник, јетра, бubrezi, нерви, душевни болести, рак, инвалидност, шеќерна болест, крвен притисок...)
Со кои?			Дали редовно
Вашата висина: _____ см		<input type="checkbox"/> Пиете алкохол <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Колку дневно?
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? Име, презиме, адреса:			

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

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

*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

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
- правно лице
- останато

Име и презиме / Назив на правно лице	ЕМБГ или ЕДБ за правни лица	Дата на раѓање Ден Месец Година		
Број на пошта	Место	Улица	Број	Број на телефон
Професија/Вид на дејност	Општина	Странско државјанство	Моб. телефон	

Осигуреник

- машко
- женско

Име и презиме	ЕМБГ или ЕДБ за правни лица	Дата на раѓање Ден Месец Година		
Број на пошта	Место	Улица	Број	Број на телефон
Професија/Вид на дејност	Општина	Странско државјанство	Моб. телефон	

Осигурување
на живот

Пристанка старост	Траење на осигурувањето	Почеток на осигурувањето Ден Месец Година	Осигурен износ	Бруто премија
год.	год.	01	EBPA	EBPA

Осигурување
во случај на траен
инвалидитет
како последица
на несреќен случај

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

Посебни договори	<input type="checkbox"/> Индекс над 3,500 EBPA	Трошоци 6 EBPA
------------------	--	----------------

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

Корисници

Во случај на доживување 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 некој други договори за осигурување на лица?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Дали сте прележале 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?
Кои?		Кога и каде?	
Дали професионално се занимавате со спорт?		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Дали сте се лечеле со радиоактивни зрачења?
Вид на спорт	Клуб	Дали моментално сте болни или повредени?	
Управувате ли со едрилици 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, бubrezi, нерви, душевни болести, рак, инвалидност, шеќерна болест, крвен притисок...)
Дали се занимавате со опасни спортови (на пр: нуркање, падобранство, смејарство, 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		<input type="checkbox"/> Пушите <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не Колку дневно?	
Вашата тежина: _____ кг		<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? Име, презиме, адреса:	

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

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

*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

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
- правно лице
- останато

Име и презиме / Назив на правно лице	ЕМБГ или ЕДБ за правни лица	Дата на раѓање Ден Месец Година		
Број на пошта	Место	Улица	Број	Број на телефон
Професија/Вид на дејност	Општина	Странско државјанство	Моб. телефон	

Осигуреник

- машко
- женско

Име и презиме	ЕМБГ или ЕДБ за правни лица	Дата на раѓање Ден Месец Година		
Број на пошта	Место	Улица	Број	Број на телефон
Професија/Вид на дејност	Општина	Странско државјанство	Моб. телефон	

Осигурување
на живот

Пристанка старост	Траење на осигурувањето	Почеток на осигурувањето Ден Месец Година	Осигурен износ	Бруто премија
год.	год.	01	EBPA	EBPA

Осигурување
во случај на траен
инвалидитет
како последица
на несреќен случај

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

Посебни договори	<input type="checkbox"/> Индекс над 3,500 EBPA	Трошоци 6 EBPA
------------------	--	----------------

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

Корисници

Во случај на доживување 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 некој други договори за осигурување на лица?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Дали сте прележале 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?
Кои?		Кога и каде?	
Дали професионално се занимавате со спорт?		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Дали сте се лечеле со радиоактивни зрачења?
Вид на спорт	Клуб	Дали моментално сте болни или повредени?	
Управувате ли со едрилици 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, бubrezi, нерви, душевни болести, рак, инвалидност, шеќерна болест, крвен притисок...)
Дали се занимавате со опасни спортови (на пр: нуркање, падобранство, смејарство, 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 <input type="checkbox"/> Пушите <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/> Користите дрога <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/> Користите лекови <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	
Вашата висина: ____ см		Матичен лекар или било кој друг лекар кој во последно време Ве лечел или Ве лечи?	
Вашата тежина: ____ кг		Име, презиме, адреса:	

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

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

*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

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

Договарач

Договарач
на осигурувањето

- машко
- женско
- правно лице
- останато

Име и презиме / Назив на правно лице	ЕМБГ или ЕДБ за правни лица	Дата на раѓање Ден Месец Година
Број на пошта	Место	Улица
Професија/Вид на дејност	Општина	Број
		Број на телефон
Странско државјанство	Моб. телефон	

Осигуреник

- машко
- женско

Име и презиме	ЕМБГ или ЕДБ за правни лица	Дата на раѓање Ден Месец Година
Број на пошта	Место	Улица
Професија/Вид на дејност	Општина	Број
		Број на телефон
Странско државјанство	Моб. телефон	

Осигурување
на живот

Пристанка старост	Траење на осигурувањето	Почеток на осигурувањето Ден Месец Година	Осигурен износ	Бруто премија
год.	год.	01	EBPA	EBPA

Осигурување
во случај на траен
инвалидитет
како последица
на несреќен случај

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

Посебни договори	<input type="checkbox"/> Индекс над 3,500 EBPA	Трошоци 6 EBPA
Начин на плаќање 1/... Доплата ... % Вкупно	1 рата	Вкупна бруто премија EBPA

Корисници

Во случај на доживување 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 некој други договори за осигурување на лица?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Дали сте прележале 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?
Кои?			Кога и каде?
Дали професионално се занимавате со спорт?		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Дали сте се лечеле со радиоактивни зрачења?
Вид на спорт	Клуб		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
Управувате ли со едрилици или моторни летала?		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Дали моментално сте болни или повредени?
Дали се занимавате со опасни спортови (на пр: нуркање, падобранство, смејарство, алпинизам, крос со мотори...)		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Наведете ги податоците за постоечките болести (потешкотии) или повреди (срце, бели дробови, желудник, јетра, бubrezi, нерви, душевни болести, рак, инвалидност, шеќерна болест, крвен притисок...)
Со кои?			Дали редовно
Вашата висина: _____ см		<input type="checkbox"/> Пиете алкохол <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Колку дневно?
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? Име, презиме, адреса:			

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

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

*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.

Договарачот 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 тайна согласно Законот за заштита на личните податоци, Законот за супервизија на осигурувањето и другите законски и подзаконски акти.Наведените податоци се точни.

Договарачот 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 ја прифати оваа понуда како и во постапката за остварување на правата и исполнување на обврските што потекнуваат од склучениот договор за осигурување.Договарачот на осигурувањето и осигуреникот јасно изјавуваат дека на Граве Осигурување АД Скопје и правните лица, кои делуваат во рамките 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 својот потпис потврдуваат дека ги прифаќаат објаснувањата на овој договор и преземањето на копија од понудата, Општите и посебните услови и дека се запознаени со нивната содржина.Со потпишување на оваа понуда се согласувам 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 овластувам 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.

Договарачот на осигурувањето и осигуреникот при слободна волја изјавуваат, и со својот потпис потврдуваат дека ослободуваат од обврската за чување на професионална тайна на лекари и на сите други физички и правни лица ако е тоа на барање и според процена на Граве Осигурување АД Скопје (во понатамошниот текст: Осигурител) му е потребно заради прибирање на информации значајни за процена дали Осигурителот ќе ја прифати понудата за осигурување, односно заради утврдување на взајемните права и обврски дефинирани со договорот за осигурување. Договарачот на осигурување и осигуреникот со своја слободна волја ги овластуваат лекарите, државни или приватни здравствени установи дека на писмено барање, на Осигурителот ќе му ја отстапат на увид или ќе му достават копии од документи од осигуреникот кои се однесуваат на неговата здравствена состојба, а кои имаат причинско-следничка времена врека со осигурениот случај. Информациите за вредност на договорот кои се наведени, а кои во себе содржат и некои правни одредби како и прилози кои се составен дел од договорот за осигурување, договарачот на осигурување и осигуреникот ги потврдуваат со свој потпис дека ги разбрале и дека ги прифаќаат.

ОБЈАСНУВАЊЕ

1. Договарачот на осигурувањето односно осигуреникот (осигурениците) одговорен е за вистинитоста на податоците кои се внесени во Понудата.
2. Договарачот 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 договарачите на Понудата вредат како потпис на Полисата.
3. Се смета дека со приемот на Полисата склучен е договорот за осигурување.
4. Договарачот 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 не 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. Договарачот на осигурувањето потврдува дека ги примил општите и посебни услови на осигурителното друштво ГРАВЕ за сите врсти на осигурување кои се обработени во Понудата.
7. Договарачот 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 несрекен случај

На корисникот на осигурувањето веднаш му се исплаќа:

- целокупниот износ на дополнителното осигурување од несрекен случај;
- целокупниот износ на осигурување на животот;
- 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 осигурањето мора да биде платена за годината кога настапила смртта на осигуреното лице.

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 + до тогаш остварената добивка.

2. Смрт на осигуреното лице како последица на несрекен случај

На корисникот на осигурувањето веднаш му се исплаќа:

- целокупниот износ на дополнителното осигурување од несрекен случај;
- целокупниот износ на осигурување на животот;
- 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 осигурањето се уплаќа еднократно.

ОТКУП, 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	0,00	9.626,00	0,00
2	0,00	9.626,00	681,00
3	901,00	9.626,00	1.233,00
4	1.348,00	9.626,00	1.778,00
5	1.781,00	9.626,00	2.315,00
6	2.220,00	9.626,00	2.846,00
7	2.666,00	9.626,00	3.372,00
8	3.119,00	9.626,00	3.890,00
9	3.579,00	9.626,00	4.402,00
10	4.047,00	9.626,00	4.906,00
11	4.521,00	9.626,00	5.406,00
12	5.002,00	9.626,00	5.898,00
13	5.491,00	9.626,00	6.383,00
14	5.986,00	9.626,00	6.862,00
15	6.490,00	9.626,00	7.335,00
16	7.002,00	9.626,00	7.803,00
17	7.523,00	9.626,00	8.265,00
18	8.052,00	9.626,00	8.723,00
19	8.593,00	9.626,00	9.176,00
20	9.145,00	9.626,00	9.626,00

ОТКУП, 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 природна смрт
1	9.035,00	12.224,00
2	9.152,00	12.224,00
3	9.272,00	12.224,00
4	9.393,00	12.224,00
5	9.516,00	12.224,00
6	9.641,00	12.224,00
7	9.768,00	12.224,00
8	9.898,00	12.224,00
9	10.029,00	12.224,00
10	10.162,00	12.224,00
11	10.296,00	12.224,00
12	10.433,00	12.224,00
13	10.573,00	12.224,00
14	10.713,00	12.224,00
15	10.857,00	12.224,00
16	11.003,00	12.224,00
17	11.151,00	12.224,00
18	11.302,00	12.224,00
19	11.455,00	12.224,00
20	11.613,00	12.224,00

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

ГРАВЕ ОСИГУРУВАЊЕ ОД ПОСЛЕДИЦИ НА НЕСРЕКЕН СЛУЧАЈ

Траен инвалидитет од последиците на несрекен случај

Доколку дојде до траен инвалидитет од последиците на несрекен 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.