

Полиса

Број на полиса

Осигуреник

Презиме и име

Матичен број

Адреса (поштенски број, место, улица, куќен број)

Датум на породување

Телефон

E-mail

Се согласувам целата комуникација по однос на наведеното барање да се води по електронски пат на наведената e-mail адреса

☐ Да

☐ Не

Податоци за
сметката

Назив на банката

Број на денарска сметка

„Изјавувам под морална, кривична и материјална одговорност дека (со означување на соодветното поле за избор и наведување на потребните информации)“

1. не сум носител на јавна функција и/или лице поврзано со носител на јавна функција;

☐ Не

2. сум носител на јавна функција (наведете ја функцијата) и/или лице поврзано со носител на јавна функција (наведете ја функцијата).

☐ Да

Согласност за наплата на премија

Согласен сум доколку за полисата по која е поднесено ова барање постои доспеана а ненаплатена премија, од висината на утврдениот надоместок кој СИГАЛ ЛАЈФ ќе биде утврдено да ми го исплати, прво да се наплати доспеаната ненаплатената премија, додека останатиот износ да биде исплатен на мојата т-ска сметка .

ДА ☐

НЕ ☐

Потребна документација:

1. Фотокопија од полисата за осигурување на живот
2. Извод од Матичната книга на родени за новороденото бебе
3. Фотокопија од личната карта на корисникот во случај на доживување
4. Фотокопија од трансакциската сметка на име на корисникот

Напомена:

Наведените документи и одговори на прашањата во ова барање се задолжителни при пријавување на барањето за исплата на штета.

Начин на пријава на барање (заокружете) :

а) по пошта

б) во просториите на Друштвото

в) електронска пошта

г) друго _____

Согласен/на сум моите лични податоци наведени во овој документ да бидат регистрирани, обработувани, ажурирани за потребите на СИГАЛ ЛАЈФ А.Д. 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 Дирекцијата 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. Изјавувам дека наведените податоци се точни.

Место и датум

Потпис на осигуреникот