

Полиса	 Број на полиса	 Датум на крај на осигурувањето (напомена, барањето се доставува по датумот на крај на осигурување)
Осигуреник	 Презиме и име	 Матичен број
	 Адреса (поштенски број, место, улица, куќен број)	 Место и држава на раѓање
Корисник на осигурување	 Презиме и име	 Матичен број
	 Адреса (поштенски број, место, улица, куќен број)	 Место и држава на раѓање
	 E-mail	 Телефон
	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
*Начин на исплата (се пополнува само за продуктот Футура)	☐ Еднократна исплата на осигурената сума на т-ска сметка	☐ Исплата на годишен ануитет на ____ години (помеѓу 4-7 години)
	☐ Исплата на загарантиран износ за осигурен случај брак, доживување или смрт	

Дополнителни прашања за осигуреникот и корисникот (FATCA)

- Дали осигуреникот има државјанство од САД? ☐ Да ☐ Не
- Дали осигуреникот е даночен обврзник во САД? ☐ Да ☐ Не
- Дали правниот субјект, во својство на договорувач или корисник на осигурувањето има заеднички капитал или е здружен со некој правен субјект регистриран во САД?
(доколку е, да се достави Извод од Трговски регистар) ☐ Да ☐ Не
- Доколку имате поврзаност со САД наведете US TIN number
- Дали правниот субјект, во својство на договорувач или корисник на осигурувањето е даночен обврзник во САД? ☐ Да ☐ Не
- Дали некој од сопствениците на правниот субјект во својство на договорувач или корисник на осигурувањето, кој има сопственички удел поголем од 10% во земјите без IGA договор или повеќе од 25% во земјите со IGA договор е даночен обврзник во САД? ☐ Да ☐ Не
- Дали правниот субјект, во својство на договорувач или корисник на осигурувањето е финансиска институција? ☐ Да ☐ Не

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

- не сум носител на јавна функција и/или лице поврзано со носител на јавна функција; ☐ Не
- сум носител на јавна функција (наведете ја функцијата) и/или лице поврзано со носител на јавна функција (наведете ја функцијата). ☐ Да

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.

Потребна документација:

- Оригинален примерок од полисата за осигурување на живот
- Фотокопија од личната карта на корисникот во случај на доживување
- 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 штета (заокружете) :

- а) по пошта б) во просториите на Друштвото в) електронска пошта г) друго _____