

ИЗЈАВА ЗА ПРИФАЌАЊЕ НА ПОНУДАТА

Акционерско друштво за осигурување и реосигурување МАКЕДОНИЈА, Скопје - Виена Иншуренс Груп
Адреса: ул. 11 Октомври бр. 25, П. факс: 27, 1000 Скопје, Република Северна Македонија
Телефон: +389 (0)2 3115 188 • Факс: +389 (0)2 3137 154 • e-mail: info@insumak.mk • www.insumak.mk

штембил:

Изјавил

Име и презиме:

ЕМБГ:

Адреса:

Место:

Вработен во:

Сектор/Експозитура:

Потпис:

Согласно член 8 од Дополнителните услови за колективно комбинирано осигурување на работниците од последици на несрекен случај (незгода), молам во колективното осигурување, со кое и јас сум осигурен, да бидат вклучени и членовите на моето семејство почнувајќи од наведената дата.

Дата:

Име и презиме:

ЕМБГ:

Сродство:

Занимање:

Потпис:

Име и презиме:

ЕМБГ:

Сродство:

Занимање:

Потпис:

Име и презиме:

ЕМБГ:

Сродство:

Занимање:

Потпис:

Име и презиме:

ЕМБГ:

Сродство:

Занимање:

Потпис:

Име и презиме:

ЕМБГ:

Сродство:

Занимање:

Потпис:

Име и презиме:

ЕМБГ:

Сродство:

Занимање:

Потпис:

Име и презиме:

ЕМБГ:

Сродство:

Занимање:

Потпис:

Напомена: Членот на семејството мора лично да се потпише.

Се согласувам месечната премија за осигурување на наведените членови на моето семејство секој месец да се задржува од мојот личен доход се додека и јас сум осигурен.

Познато ми е дека во колективното осигурување може да се вклучи брачниот другар до 70 години старост и деца со над 14 години живот па се до нивно стапување во брак, кои живеат во моето заедничко семејство.

Изјава за лични податоци: Јас, долупотпишаниот, изјавувам дека сум согласен моите лични податоци во оваа Пријава на штета, вклучувајќи ги ЕМБГ и другите податоци што може да се категоризираат како посебна категорија на лични податоци:

- да бидат обработувани од страна на осигурувачот заради остварување на целите на решавање на отштетно побарување и заштита на правата на осигурувачот во судски, во управни или во други законски постапки;
- да бидат предмет на трансфер од страна на осигурувачот во други држави-членки на ЕУ и во држави што не се членки на ЕУ по претходно одобрение од страна на ДЗЛП.

Јас, долупотпишаниот, изјавувам дека сум запознат со правото на увид и на информација во врска со обработка и со исправка на моите лични податоци. Јас, долупотпишаниот, заради потврдување на веродостојноста на податоците нотирани во оваа Пријава на штета, како и заради евентуална заштита на правата на осигурувачот во судски, во управни и во други постапки определени со закон, а врз основа на законските обврски на осигурувачот, изјавувам дека сум согласен

- осигурувачот да направи и да задржи копија од мојата трансакциска сметка возачка дозвола сообраќајна книшка

Во

, на

20 год.

Потпис на осигурувачот:

Изјавата е примена на:

Потпис на осигуреникот:

Напомена: Бараните податоци задолжително да се пополнат.