

ZAHTJEV ZA KAPITALIZACIJOM OSIGURANJA

Polica/Ugovor
životnog osiguranja br.



Sava osiguranje, d.d. - Podružnica Hrvatska, OIB 45237012600, R. Frangeša Mihanovića 9, 10110 Zagreb, Hrvatska

Ispunjeni zahtjev predati u prodajni ured Sava osiguranja, d.d - Podružnica Hrvatska ili dostaviti preporučenom poštom na adresu:
Sava osiguranje, d.d - Podružnica Hrvatska, R. Frangeša Mihanovića 9, 10110 Zagreb

Ugovaratelj osiguranja	Ime i prezime/Naziv prav. osobe/Udruga/Zaklade/Vjerska zajed. i dr./Naziv obrta i prez. i ime vlasnika	OIB	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Pošanski broj	Mjesto	Adresa (ulica, kućni broj, kat)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ZAHTJEV:	Molim da se s danom <input type="text"/> izvrši kapitalizacija gore navedene police/ugovora o osiguranju života.
IZJAVA FATCA i CRS	Izjavljujem da nisam državaljanin SAD-a, članice EU ili treće jurisdikcije niti rezident SAD-a, članice EU ili treće jurisdikcije, niti porezni obveznik SAD-a, članice EU ili treće jurisdikcije u svrhu poreznih davanja i obvezujem se da ću osiguratelja bez odgađanja obavijestiti ukoliko dođe do promjene tih podataka (obavezno označite i upišite u odgovarajuće rubrike):
	<input type="checkbox"/> DA, nisam
	<input type="checkbox"/> NE, jesam <input type="checkbox"/> državljanin <input type="text"/> * * upišite naziv države
	<input type="checkbox"/> rezident <input type="text"/> * u svrhu poreznih davanja
	<input type="checkbox"/> porezni obveznik <input type="text"/> *
	U slučaju odgovora „NE, jesam“ molimo navedite Vaš TIN (Tax Identification Number) ili Vaš SSN (Social Security Number) ili porezni broj EU članice ili treće jurisdikcije:
	TIN (Tax Identifikation Number) <input type="text"/> ili SSN (Social Security Number) <input type="text"/> ili Porezni broj <input type="text"/>

NAPOMENA: Zahtjevu treba priložiti original police osiguranja

Mjesto i datum

Potpis i pečat ugovaratelja