

ZAHTEJEV ZA PROMJENAMA PO POLICI OSIGURANJA

Polica/Ugovor
životnog osiguranja br.



SAVA
OSIGURANJE

Sava osiguranje, d.d.
Podružnica Hrvatska

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

Promjene označene * je moguće izvršiti istekom osigurateljne godine

Ugovaratelj	Naziv prav. os./Udruge/Zaklade i dr//Prezime i ime/Naziv obrta i prez. i ime vl.		Broj i naziv identifikacijske isprave, izdavatelj i država izdavanja			
	<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Starost <input type="text"/>	Datum rođenja	MB/OIB	Adresa (ulica, kućni broj, kat)		Tel./mob.	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Spol <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž	Poštanski broj	Mjesto	Djelatnost/trenutno zanimanje	Rezident RH	Državljanstvo	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> RH <input type="checkbox"/>	
Svrha/namjena/priroda ugovaranja osiguranja <input type="checkbox"/> socijalna sigurnost <input type="checkbox"/> štednja <input type="checkbox"/> odobrenje kredita <input type="checkbox"/> drugo <input type="text"/>						
Informacije o Ugovaratelju	Je li Ugovaratelj financ. institucija ili pravna osoba čiji vrijednosni papiri kotiraju na burzi? <input type="checkbox"/> DA, oznaka dionice <input type="text"/> <input type="checkbox"/> NE					
	Je li Ugovaratelj pravna osoba čiji je vlasnik fizička osoba u 25%-tnom ili većem udjelu? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ukoliko DA, ispunite Prilog br. 2					
	Politički izložena osoba <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		Ukoliko DA, potrebno je ispuniti Upitnik za politički izložene osobe - Prilog br. 3 i priložiti Suglasnost direktora Podružnice			
	NAPOMENA: Ako je Ugovaratelj Podružnica strane pravne osobe treba ispuniti Prilog br.4					
Osiguranik Je li Ugovaratelj ujedno i Osiguranik? DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Prezime i ime		Spol		Starost	
	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž		<input type="text"/>	
	Datum rođenja	OIB	Adresa (ulica, kućni broj, kat)			
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
	Poštanski broj	Mjesto	Djelatnost/trenut. zanim.	Tel./fax	Srodstvo s Ugovarateljem	Državljanstvo
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> RH <input type="checkbox"/>
Politički izložena osoba <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> Ne		Ukoliko DA, potrebno je ispuniti Upitnik za politički izložene osobe - Prilog br. 3 i priložiti Suglasnost direktora Podružnice				
Skrbnik Osiguranika/ Ugovaratelja (ukoliko status dijeli više osoba ispuniti Prilog br. 1)	Naziv prav. os./Udruge/Zaklade i dr//Prezime i ime		Broj i naziv identifikacijske isprave, izdavatelj i država izdavanja			
	<input type="text"/>		<input type="text"/>			
	Datum rođenja	MB/OIB	Adresa (ulica, kućni broj, kat)			
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
	Poštanski broj	Mjesto	Djelatnost/trenut. zanim.	Srodstvo s Osiguranikom*	Tel./fax	Državljanstvo
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> RH <input type="checkbox"/>
		* rubrika se ispunjava jedino pri ugovaranju dječjeg osiguranja				
Politički izložena osoba <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> Ne		Ukoliko DA, potrebno je ispuniti Upitnik za politički izložene osobe - Prilog br. 3 i priložiti Suglasnost direktora Podružnice				

* - Promjena visine godišnje premije osiguranja života/dječjeg osiguranja

Osnovna premija	Sadašnja premija	Nova premija
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* - Početak ili prestanak ili promjena visine premije dopunskog osiguranja od nezgode

Dopunska nezgoda premija	Sadašnja premija	Nova premija
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* - Početak ili prestanak dopunskog osiguranja ili promjena visine premije teško bolesnih stanja

TBS premija	Sadašnja premija	Nova premija
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* - Promjena dinamike plaćanja premije osiguranja (zaokružiti)

Dinamika plaćanja	Sadašnja dinamika	a) godišnje	Nova dinamika		a) godišnje
	b) polugodišnje	→	doplatak 2%	←	b) polugodišnje
	c) tromjesečno	→	doplatak 4%	←	c) tromjesečno
	d) mjesečno	→	doplatak 6%	←	d) mjesečno

Promjena adrese ugovaratelja ili osiguranika

Adresa	Sadašnja adresa (mjesto, ulica, kućni broj, kat)	Nova adresa (mjesto, ulica, kućni broj, kat)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ugovaratelj	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> osiguranik	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Promjena korisnika osiguranja u slučaju doživljenja

Korisnik osiguranja u slučaju doživljenja	Sadašnji korisnik (Ime i prezime/Naziv pravne osobe...)	Novi korisnik (Ime i prezime/Naziv pravne osobe...)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	OIB	OIB

Promjena korisnika osiguranja u slučaju smrti

Korisnik osiguranja u slučaju smrti	Sadašnji korisnik (Ime i prezime/Naziv pravne osobe...)	Novi korisnik (Ime i prezime/Naziv pravne osobe...)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	OIB	OIB

Promjena načina plaćanja premije osiguranja (zaokružiti)

Način plaćanja	Sadašnje plaćanje	a) uplatnica	d) trajni nalog	Novo plaćanje	a) uplatnica	d) trajni nalog
		b) obustava od plaće	e) kreditna kartica		b) obustava od plaće	e) kreditna kartica
	c) virman				c) virman	

UGOVARATELJ FIZIČKA OSOBA

IZJAVA (Ugovaratelj)	Izjavljujem da nisam državljanin 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):					
	FATCA CRS	<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 Identifikacion Number)	SSN (Social Security Number)	Porezni broj	<input type="text"/>	ili	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	ili	<input type="text"/>	ili	<input type="text"/>	<input type="text"/>

UGOVARATELJ PRAVNA OSOBA

Ugovaratelj (pravne osobe)	Naziv pravne osobe	<input type="text"/>	OIB	<input type="text"/>
	FATCA CRS	Sjedište pravne osobe (ulica, kućni broj, kat)	Pošanski broj	Mjesto
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	Država
		Država u kojoj je donesen akt o osnivanju pravne osobe?	<input type="text"/>	Jeste li financijska institucija?
				DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
DODATNA PITANJA	ZA FINACIJSKE INSTITUCIJE	Ukoliko posjedujete navedite GIIN (Global Intermediary Identification Number) ili FATCA ID ili Porezni broj države članice EU ili treće jurisdikcije:		
		<input type="text"/>		
		Ukoliko nemate GIIN ili FATCA ID ili Porezni broj države članice EU ili treće jurisdikcije navedite razlog zašto nemate:		
		<input type="text"/>		
	ZA NEFINACIJSKE INSTITUCIJE	Ostvarujete li iz Vaše osnovne djelatnosti više od 50% prihoda?	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	IZJAVA UGOVARATELJA: Obvezujemo se da ćemo Osiguratelja bez odgađanja pisanim putem obavijestiti ukoliko bi došlo do promjene gornjih podataka, naročito ukoliko se promijeni sjedište ili organizacijski oblik ili ukoliko se promijeni vlasnička struktura koja je relevantna za procjenu naše porezne obveze.			

Sukladno odredbama Zakona o zaštiti osobnih podataka, svojim potpisom, kao ugovaratelj / osiguratelj / korisnik po ovoj polici osiguranja, potvrđujem da su mi prethodno predočene sve informacije o zaštiti osobnih podataka te sam s istima suglasan(a).
Zaključenjem ovog ugovora o osiguranju ugovaratelj osiguranja:

- slobodno i izričito daje suglasnost da se svi njegovi osobni podaci, koje je Osiguratelj prikupio prilikom postupka zaključenja ugovora o osiguranju mogu koristiti u svrhu prikupljanja, obrade, evidencije i korištenja u svim postupcima i radnjama koje iz ugovora mogu proizaći sukladno općim i posebnim uvjetima osiguranja kojima su pobliže definirana pravila pružanja usluge osiguranja;
- izjavljuje da je upoznat s identitetom voditelja zbirke osobnih podataka društvom Osiguratelj, kategorijama korisnika osobnih podataka i mogućim posljedicama uskrate davanja podataka;
- dobrovoljno stavlja na raspolaganje osobne podatke temeljem kojih ga Sava osiguranje, d.d. može kontaktirati pisanim putem, telefonom ili elektroničkom poštom i dostavljati mu informativni i marketinški materijal;
- izjavljuje da je suglasan da se navedeni podaci mogu prosljeđivati trećim osobama u Republici Hrvatskoj i Europskoj uniji u svrhu obrade podataka u postupcima opominjanja, naplate potraživanja, obrade odštetnih zahtjeva, revidiranja podataka kao i u ostalim postupcima kada je to određeno pozitivnim zakonskim propisima ili temeljem naloga suda, a temeljem kojih se ugovaratelj osiguranja može kontaktirati pisanim putem, telefonom ili elektroničkom poštom;
- izjavljuje da je suglasan da se navedeni podaci mogu sukladno prethodno navedenom koristiti najkasnije pet godina od datuma isteka ugovorenog osiguranja, a kasnije samo na temelju naloga suda ili ako je to određeno ugovorom ili pozitivnim propisima;
- potvrđuje da je upoznat sa sljedećim pravima iz Zakona o zaštiti osobnih podataka:
 - pravo na pristup podacima koje uključuje pravo na uvid u evidenciju zbirke osobnih podataka, pravo na uvid u osobne podatke sadržane u zbirkama osobnih podataka koji se odnose na istoga, pravo na njihovo prepisivanje te pravo na ispis podataka o tome tko je za koje svrhe i po kojem pravnom temelju od Osiguratelja dobio osobne podatke koji se odnose na njega;
 - pravo na dopunu, izmjenu ili brisanje podataka ako su osobni podaci ugovaratelja osiguranja nepotpuni, netočni ili neažurni ili ako njihova obrada nije u skladu s propisima;
 - pravo na podnošenje pritužbe Osiguratelju ili Agenciji za zaštitu osobnih podataka ako

ugovaratelj osiguranja smatra da su povrijeđena njegova prava zajamčena propisima o zaštiti osobnih podataka;

- pravo na uskratu suglasnosti za obradu osobnih podataka u svrhe marketinga i izravne promidžbe koje uključuje pravo ugovaratelja osiguranja da u svakom trenutku može odustati od dane suglasnosti za obradu podataka u navedene svrhe.

Zahtjev za ispravak podataka, obavijest o odustanku od dane suglasnosti za obradu osobnih podataka ili obavijest o uskrati suglasnosti za obradu osobnih podataka u svrhe marketinga i izravne promidžbe ugovaratelj osiguranja je dužan dostaviti na adresu Sava osiguranje, d.d. - Podružnica Hrvatska, sa sjedištem u Zagrebu, R. Frangeša Mihanovića 9 ili faxom na broj 01 / 66 66 298, odnosno putem elektronske pošte: info@sava-osiguranje.hr

Ugovaratelj osiguranja potvrđuje da nakon što je upoznao osigurane osobe o svrsi obrade njihovih osobnih podataka i ostalim informacijama iz ove klauzule ima njihovu izričitu suglasnost za davanje njihovih osobnih podataka.

Podaci prikupljeni u ovom obrascu obvezno se prikupljaju i obrađuju sukladno Zakonu o sprječavanju pranja novca i financiranja terorizma (dalje: Zakon) isključivo u svrhu sprječavanja pranja novca i financiranja terorizma. Identitet voditelja zbirke osobnih podataka: Sava osiguranje, d.d. - Podružnica Hrvatska, Zagreb, R. Frangeša Mihanovića 9, OIB 45237012600. Imate pravo na pristup i ispravak podataka. Posljedice uskrate davanja podataka Društvu: nemogućnost uspostavljanja poslovnog odnosa, izvršenja transakcije, isplate osigurnine.

Sukladno Zakonu ograničava se stranci pravo uvida u osobne podatke, informacije i dokumentaciju prikupljenu na temelju ovoga Zakona i na temelju njega donesenih podzakonskih akata ako bi ostvarivanje prava uvida u osobne podatke, informacije i dokumentaciju koje je Društvo prikupilo o stranci bilo u suprotnosti s člankom 74. stavcima 1. i 2. Zakona odnosno ako bi ostvarivanje prava uvida u osobne podatke, informacije i dokumentaciju koje je Društvo prikupilo o stranci, Društvu ili nadležnom tijelu onemogućilo ili otežalo obavljanje zadaća propisanih Zakonom i na temelju njega donesenim podzakonskim aktima te postupaka povezanih sa sprječavanjem, istraživanjem i otkrivanjem pranja novca i financiranja terorizma.

Ispunjeni zahtjev dostaviti poštom na adresu: Sava osiguranje, d.d. - Podružnica Hrvatska, R. Frangeša Mihanovića 9, 10110 Zagreb, Hrvatska
Za sve promjene po polici, osim za dinamiku i način plaćanja, Zahtjevu je obvezno priložiti original police osiguranja.

MJESTO I DATUM

POTPIS (I PEČAT ZA PRAVNE OSOBE) UGOVARATELJA

POTPIS OSIGURANIKA