

ZAHTJEV ZA ISPLATU OSIGURANE SVOTE PO DOŽIVLJENJU - FIZIČKA OSOBA

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



Polica životnog osiguranja br.

Podnositelj/ Korisnik (fizička osoba)	Naziv prav. os./Udruga/Zaklade i dr//Prezime i ime/Naziv obrta i prez. i ime vl.		Broj i naziv identifikacijske isprave, izdavalatelj i država izdavanja		
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Starost	Datum rođenja	MB/OIB	Adresa (ulica, kućni broj, kat)	Tel./mob.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Spol	Pošanski broj	Mjesto	Djelatnost/trenutno zanimanje	Rezident RH	Državljanstvo
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> RH <input type="checkbox"/>
Politički izložena osoba <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> Ne		Ukoliko je odgovor DA potrebno je ispuniti Upitnik za politički izložene osobe - Prilog br. 3			
Skrbnik Osiguravatelja/ Ugovaratelja (ukoliko status dijeli više osoba ispuniti Prilog br. 1)	Naziv prav. os./Udruga/Zaklade i dr//Prezime i ime		Broj i naziv identifikacijske isprave, izdavalatelj 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"/>		
	Pošanski broj	Mjesto	Djelatnost/trenutno zanimanje	Srodstvo s Osiguravateljem* Tel./fax	Državljanstvo
	<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			

ZAHTJEV:	<p>Temeljem zaključenog ugovora o osiguranju života, a u skladu s Općim uvjetima osiguranja života za slučaj smrti i doživljenja tražim isplatu osigurane svote po isteku ugovorenog trajanja osiguranja.</p> <p>Izjavljujem da <input type="checkbox"/> jesam <input type="checkbox"/> nisam iskazao/la izdatak po osnovi uplaćene premije osiguranja života za gore navedenu policu u svrhu korištenja porezne olakšice.</p> <p>Navedeni porezno priznati izdatak prijavio/la sam za porezno razdoblje: <input type="text"/></p> <p>Iznos osigurane svote za doživljenje i pripisane dobiti isplatiti na:</p> <ol style="list-style-type: none">Vrsta računa <input type="text"/>Broj računa <input type="text"/>Naziv banke i broj računa banke <input type="text"/>Vlasnik računa (ime i prezime vlasnika) <input type="text"/>
-----------------	--

IZJAVA (Ugovaratelja)	<p>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 osiguravatelja bez odgađanja obavijestiti ukoliko dođe do promjene tih podataka (obavezno označite i upišite u odgovarajuće rubrike):</p> <p><input type="checkbox"/> DA, nisam</p> <p><input type="checkbox"/> NE, jesam <input type="checkbox"/> državljanin <input type="text"/> * <input type="text"/> * upišite naziv države</p> <p><input type="checkbox"/> rezident <input type="text"/> * <input type="text"/> u svrhu poreznih davanja</p> <p><input type="checkbox"/> porezni obveznik <input type="text"/> *</p> <p>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:</p> <p>TIN (Tax Identification Number) <input type="text"/> ili SSN (Social Security Number) <input type="text"/> ili Porezni broj <input type="text"/></p>
---------------------------------	--

NAPOMENA: Zahtjevu treba priložiti:

- Original police osiguranja
- Potvrdu porezne uprave o korištenju ili nekoristišenju porezne olakšice temeljem uplaćene premije
- Ukoliko se zahtjev šalje poštom, priložiti presliku osobnog dokumenta ovjerenu od strane javnog bilježnika iz koje proizlazi da je javni bilježnik utvrdio identitet osobe

Podaci prikupljeni u ovom obrascu obvezno se prikupljaju se i obrađuju sukladno Zakonu o sprječavanju pranja novca i financiranja terorizma (dalje: Zakon) isključivo u svrhu sprječavanja 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 predati u prodajni ured Sava osiguranja, d.d. ili dostaviti preporučenom poštom na adresu: Sava osiguranje, d.d. - Podružnica Hrvatska, R. Frangeša Mihanovića 9, 10110 Zagreb

Mjesto i datum

Potpis ugovaratelja osiguranja