

ZAHTJEV ZA KAPITALIZACIJOM OSIGURANJA

Polica/Ugovor
životnog osiguranja br.



SAVA
OSIGURANJE

SAVA OSIGURANJE d.d.
Podružnica Hrvatska

SAVA OSIGURANJE d.d. - Podružnica Hrvatska, OIB 45237012600, Savska 144a, 10000 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, Savska 144A, 10000 Zagreb

Ugovaratelj osiguranja	Ime i prezime/Naziv prav. osobe/Naziv obrta i prezime i ime vlasnika/Udruga/Zaklada/Vjerska zajed. i dr. OIB		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Poštanski 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.
FATCA	Izjavljujem da nisam državaljanin SAD-a niti rezident SAD-a, niti porezni obveznik SAD-a u svrhu poreznih davanja i obvezujem se da ću osiguratelja bez odgađanja obavijestiti ukoliko dođe do promjene tih podataka (obavezno označite): DA, nisam <input type="checkbox"/> NE, jesam <input type="checkbox"/> državljani SAD-a <input type="checkbox"/> rezident SAD-a u svrhu poreznih davanja <input type="checkbox"/> porezni obveznik SAD-a <input type="checkbox"/> Obavezno ispuniti obrazac za FATCA-u. Društvo neće biti u mogućnosti uspostaviti poslovni odnos bez popunjavanja obrasca FATCA odnosno prilikom isplate osigurane svote Društvo će morati postupati u skladu s važećim zakonom koji se primjenjuje za FATCA-u.

NAPOMENA: Zahtjevu treba priložiti original police osiguranja

Mjesto i datum

Potpis i pečat ugovaratelja