

# 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, 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

<b>Ugovaratelj osiguranja</b>	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"/>
	Poštanski broj	Mjesto	Adresa (ulica, kućni broj, kat)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>ZAHTJEV:</b>	Molim da se s danom <input type="text"/> izvrši kapitalizacija gore navedene police/ugovora o osiguranju života.
<b>FATCA</b>	Izjavljujem da <b>nisam</b> državljanin SAD-a niti rezident SAD-a, niti porezni obveznik SAD-a <b>u svrhu poreznih davanja</b> 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"/> državljanin SAD-a <input type="checkbox"/> rezident SAD-a u svrhu poreznih davanja <input type="checkbox"/> porezni obveznik SAD-a <input type="checkbox"/> <b>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.</b>

**NAPOMENA:** Zahtjevu treba priložiti original police osiguranja

Mjesto i datum

Potpis i pečat ugovaratelja