ZAHTJEV ZA STORNIRANJEM POLICE OSIGURANJA ŽIVOTA

Popunjava Ugovaratelj osiguranja

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

SAVA OSIGURANJE
Sava osiguranje, d.d.
Podružnica Hrvatska

Polica životnog osiguranja br.

Ugovaratelj/ Platitelj

Naziv pravne osobe/Udruga/Zaklade i dr//Prezime i ime/Naziv obrta i prezime i ime vlasnika

MB/OIB

Poštanski broj

Mjesto

Adresa (ulica, kućni broj, kat)

I Z J A V A:

Navedite točan razlog storniranja police osiguranja života:

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):

☐ DA, nisam
☐ NE, jesam

☐ državljanin *

☐ rezident * u svrhu poreznih davanja

☐ porezni obveznik *

* upišite naziv države

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) ili **SSN** (Social Security Number) ili **Porezni broj**

NAPOMENA: Zahtjevu obavezno priložiti ORIGINAL policu osiguranja života

Mjesto i datum

Ugovaratelj osiguranja

SZ-SPŽ