

ZAHTJEV ZA ISPLATU OSIGURANE SVOTE PO DOŽIVLJENJU - PRAVNA OSOBA



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

Polica životnog osiguranja br.

* - KORISNIK U SLUČAJU DOŽIVLJENA PRAVNA OSOBA, OBRITNIK ILI OSOBA KOJA OBAVLJA DRUGU SAMOSTALNU DJELATNOST, ZAKLADA, FUNDACIJA, OSTALE PRAVNE OSOBE KOJE NE OBAVLJANU GOSPODARSKU DJELATNOST, VJERSKE ZAJEDNICE, UDRUGE KOJE NEMAJU SVOJSTVO PRAVNE OSOBE I OSTALI SUBJEKTI KOJI NEMAJU PRAVNU OSOBNOST, ALI SAMOSTALNO NASTUPAJU U PRAVNOM PROMETU

Podnositelj/ Korisnik (pravne osobe) Starost <input type="text"/> Spol <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž	Naziv prav. os./Udruga/Zaklade i dr//Prezime i ime/Naziv obrta i prez. i ime vl.		Broj i naziv identifikacijske isprave, izdavatelj i država izdavanja		
	Datum rođenja	MB/OIB	Adresa (ulica, kućni broj, kat)		
	Poštanski broj	Mjesto	Djelatnost/trenutno zanimanje	Rezident RH <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> RH <input type="checkbox"/>	
Informacije o korisniku	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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž	Starost <input type="text"/>	
	Datum rođenja	OIB	Adresa (ulica, kućni broj, kat)		
	Poštanski broj	Mjesto	Djelatnost/trenut. zanim.	Tel./fax <input type="text"/>	Srodstvo s Ugovarateljem <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		
Zakonski zastupnik, skrbnik ili punomoćnik Osiguranika/ Ugovaratelja Ukoliko status dijeli više osoba ispuniti Prilog br. 1	Naziv prav. os./Udruga/Zaklade i dr//Prezime i ime/Naziv obrta i prez. i ime vl.		Broj i naziv identifikacijske isprave, izdavatelj i država izdavanja		
	Datum rođenja	MB/OIB	Adresa (ulica, kućni broj, kat)		
	Poštanski broj	Mjesto	Djelatnost/trenutno zanimanje	Srodstvo s Osiguranikom* <input type="checkbox"/> RH <input type="checkbox"/>	Tel./fax <input type="text"/>
	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		

* rubrika se ispunjava jedino pri ugovaranju dječjeg osiguranja

ZAHTJEV:	Temeljem ugovora/police 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, s danom <input type="text"/>	
	Iznos osigurane svote i pripisane dobiti isplatiti na:	
	1. Vrsta i broj računa	<input type="text"/>
	2. Naziv banke i broj računa banke	<input type="text"/>

IZJAVA
(Ugovaratelja)

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

* upišite naziv države

rezident

u svrhu poreznih davanja

porezni obveznik

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

ili

ili

Sukladno odredbama Zakona o zaštiti osobnih podataka, svojim potpisom, kao ugovaratelj / osiguranik / korisnik po ovoj polici osiguranja, potvrđujem da su mi prethodno predložene 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 pismenim 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 66 299, 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 osigurarine.

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.

NAPOMENA: Zahtjevu treba priložiti:

- Original police osiguranja;
- Ukoliko se zahtjev šalje poštom, priložiti preslike osobnih dokumenta punomoćnika i članova uprave, odnosno zakonskog zastupnika ovjerenu od strane javnog bilježnika iz koje proizlazi da je javni bilježnik utvrdio identitet osobe.

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 i pečat ugovaratelja