

ZAHTEJEV ZA OBNOVU POLICE ŽIVOTNOG OSIGURANJA

Svi niže traženi podaci nužni su nam za ispunjenje Vašeg zahtjeva ili naše obveze prema Zakonu o sprječavanju pranja novca i financiranja terorizma, CRS, FATCA ili druge zakonske obveze. Molimo Vas da navedete točne podatke, a sve promjene ćemo evidentirati u našem sustavu. Više informacija o prikupljanju i obradi Vaših osobnih podataka možete pronaći na www.triglav.hr.

PODRUŽNICA BROJ POLICE DATUM VAŽENJA PROMJENE
(Zahtjev zaprimljen 8 dana prije isteka kalendarskog mjeseca biti će obrađen s 1. u narednom kalendarskom mjesecu.)

1. PRVI UGOVARATELJ OSIGURANJA: ime i prezime/naziv tvrtke OIB/MB

datum rođenja, mjesto i država rođenja/sjedište, državljanstvo/a

*ulica i kućni broj (prebivalište), poštanski broj i mjesto

telefon, GSM, e-mail

Identifikacijska isprava: osobna iskaznica putovnica izvadak iz sudskog registra ostalo

broj identifikacijskog dokumenta dokument izdao

mjesto i država izdavanja datum izdavanja datum isteka

Odgovorna osoba za zastupanje društva

nerezident Republike Hrvatske: DA, rezident države

Izjava ugovaratelja o državi u kojoj je porezni obveznik:

Republika Hrvatska u drugim državama (navesti sve)

Porezni broj(evi)

Državljanin SAD-a/rezident za porezne svrhe: DA TIN/SSN

(tax identification number / social security number)

**Strana politički izložena osoba DA NE, domaća politički izložena osoba DA NE (Kod potvrdnog odgovora obvezno priložiti popunjen i potpisan obrazac Upitnik za politički izložene osobe. Upitnik je dostupan na linku <http://www.triglav.hr/osiguranja/osiguranje-za-fizicke-osobe/zivotno-osiguranje/download-obrazaca>).

Izjava o izvoru sredstava (porijeklu novca) za uplatu premije (samo za ugovaratelja fizičku osobu):

dohodak od nesamostalnog rada dohodak od samostalnog rada dohodak od imovine i imovinskih prava dohodak od kapitala

dohodak od osiguranja mirovina nasljeđe nešto drugo

Zanimanje ugovaratelja osiguranja:

zaposlen nezaposlen student umirovljenik nešto drugo

Namjena/priroda sklapanja osiguranja:

socijalna sigurnost štednja zaštita obitelji odobrenje kredita nešto drugo

DRUGI UGOVARATELJ OSIGURANJA: ime i prezime/naziv tvrtke OIB/MB

datum rođenja, mjesto i država rođenja/sjedište, državljanstvo/a

*ulica i kućni broj (prebivalište), poštanski broj i mjesto

telefon, GSM, e-mail

Identifikacijska isprava: osobna iskaznica putovnica izvadak iz sudskog registra ostalo

broj identifikacijskog dokumenta dokument izdao

mjesto i država izdavanja datum izdavanja datum isteka

Odgovorna osoba za zastupanje društva

nerezident Republike Hrvatske: DA, rezident države

Izjava ugovaratelja o državi u kojoj je porezni obveznik:

Republika Hrvatska u drugim državama (navesti sve)

Porezni broj(evi)

Državljanin SAD-a/rezident za porezne svrhe: DA TIN/SSN

(tax identification number / social security number)

**Strana politički izložena osoba DA NE, domaća politički izložena osoba DA NE (Kod potvrdnog odgovora obvezno priložiti popunjen i potpisan obrazac Upitnik za politički izložene osobe. Upitnik je dostupan na linku <http://www.triglav.hr/osiguranja/osiguranje-za-fizicke-osobe/zivotno-osiguranje/download-obrazaca>).

Izjava o izvoru sredstava (porijeklu novca) za uplatu premije (samo za ugovaratelja fizičku osobu):

dohodak od nesamostalnog rada dohodak od samostalnog rada dohodak od imovine i imovinskih prava dohodak od kapitala

dohodak od osiguranja mirovina nasljeđe nešto drugo

Zanimanje ugovaratelja osiguranja:

zaposlen nezaposlen student umirovljenik nešto drugo

Namjena/priroda sklapanja osiguranja:

socijalna sigurnost štednja zaštita obitelji odobrenje kredita nešto drugo

2. PRVA OSIGURANA OSOBA: ime i prezime OIB/MB

datum rođenja, mjesto i država rođenja/sjedište

*ulica i kućni broj (prebivalište), poštanski broj i mjesto

telefon, GSM, e-mail

DRUGA OSIGURANA OSOBA: ime i prezime OIB/MB

datum rođenja, mjesto i država rođenja/sjedište

*ulica i kućni broj (prebivalište), poštanski broj i mjesto

telefon, GSM, e-mail

Ugovaratelj osiguranja upoznat je s činjenicom da je Triglav osiguranje d.d. dužan obavijestiti o mogućem preseljenju u inozemstvo te ga je dužan odmah obavijestiti o svim promjenama podataka, koje mogu biti relevantne za procjenu poreznih obveza (prvenstveno podataka o rezidentstvu i stranom poreznom broju). Ako je ugovaratelj osiguranja pravna osoba, potomji je dužan obavijestiti Osiguratelja o svakoj promjeni sjedišta i organizacije te o strukturi promjena vlasništva relevantnih za procjenu porezne obveze. Ugovaratelj potpisom zahtjeva, potvrđuje da nije američki državljanin ili stanovnik SAD za porezne svrhe, osim ako to nije drugačije označeno na zahtjevu (Model 1A IGA recipročni). Podatke o državi u kojoj je ugovaratelj porezni obveznik i stranom poreznom broju, Triglav osiguranje d.d. prikuplja u skladu sa Zakonom o zaštiti osobnih podataka, u svrhu izvršavanja obveze koje za Triglav osiguranje d.d. proizlaze iz međudržavnog Sporazuma o automatskoj razmjeni informacija o financijskim računima (CRS), kojemu je Republika Hrvatska pristupila 29. listopada 2014. Prikupljeni podaci će sukladno sporazumi biti proslijeđeni Poreznoj upravi Republike Hrvatske u svrhu daljnjeg izvještavanja. Sukladno navedenom, ugovaratelj je obavezan o svim promjenama navedenih podataka bez odgađanja obavijestiti Triglav osiguranje d.d. Potpisom ovog obrasca dajem izričitu privolu Triglav osiguranju d.d. i poslovno povezanim osobama Triglav osiguranja d.d. da prikuplja i dalje obrađuje moje podatke, kao i sve druge podatke za koje sazna pružanjem osigurateljnih usluga sukladno zakonskim propisima uključujući Zakon o sprječavanju pranja novca i financiranja terorizma te Zakona o oporezivanju računa u inozemstvu američkih državljanina (FATCA), sve u svrhu obavljanja svog predmeta poslovanja.

* Ako se adresa ugovaratelja osiguranja/osiguravatelja razlikuju od adrese poznate osiguratelju na temelju podataka navedenih na zahtjevu izvršiće se promjena prebivališta / sjedišta.

** Politički izložena osoba – svaka fizička osoba, koja djeluje ili je u zadnjih godinu dana djelovala na vidljivom javnom položaju u državi članici ili trećoj državi, uključivo s članovima svoje uže obitelji i užim suradnicima. To su: voditelji država, predsjednici vlada, ministri i njihovi zamjenici odnosno pomoćnici; izabrani predstavnici zakonodavnih tijela; članovi rukovodećih organa političkih stranaka; članovi vrhovnih i ustavnih sudova te drugih sudskih organa na visokoj razini, protiv čije odluke, osim u izuzetnim slučajevima, nije moguće primijeniti redovna ili izvanredna pravna sredstva; članovi sudova i vijeća središnjih banaka; voditelji diplomatskih predstavništava i konzulata te predstavništava međunarodnih organizacija, njihovi zamjenici i visoki časnici oružanih snaga; članovi upravnih ili nadzornih organa poduzeća, koja su u većinskom vlasništvu države; predstojnici organa međunarodnih organizacija (kao što su na primjer predsjednici, glavni tajnici, direktori, suci), njihovi zamjenici i članovi rukovodećih organa ili nositelji ravnopravnih funkcija u međunarodnim organizacijama. Članovi uže obitelji prije navedenih osoba su: bračni partner ili izvanbračni partner, roditelji te djeca i njihovi bračni partneri ili izvanbračni partneri. Uži suradnici prethodno navedenih osoba su sve fizičke osobe, za koje je poznato da su skupa stvarni vlasnici ili da imaju bilo kakve druge uske poslovne odnose s politički izloženom osobom. Uži suradnik je također fizička osoba, koja je jedini stvarni vlasnik poslovnog subjekta ili sličnog pravnog subjekta inozemnog prava, za kojeg je poznato da je bio ustanovljen u stvarnu korist politički izložene osobe.

3. NAČIN OBNOVE OSIGURANJA

3.1. za životna osiguranja*

- s plaćanjem svih dospjelih premija za razdoblje od do u iznosu EUR, bez obračuna premija osiguranja za dodatna osiguranja za razdoblje od do
- s plaćanjem dospjelih premija do dana prekida osiguranja u iznosu: EUR (obnova se izvršava na način da premija osiguranja ostaje nepromijenjena, preračunava se osigurani iznos)

3.2. za investicijska životna osiguranja*

- s plaćanjem svih dospjelih premija za razdoblje od do u iznosu EUR, bez obračuna premija osiguranja za dodatna osiguranja za razdoblje od do
- bez plaćanja dospjelih premija (zajamčeni osigurani iznos u slučaju smrti ostaje nepromijenjen)

3.3. za riziko životna osiguranja

- plaćanjem svih dospjelih premija za razdoblje od do u iznosu EUR, bez obračuna premije osiguranja za dodatna osiguranja za razdoblje od do

* Vlastoručnim potpisom ovog obrasca potvrđujem da mi je Triglav osiguranje d.d. prije izvršene promjene koja je označena s * objasnio, pokazao i uručio nove tablice otkupnih i kapitaliziranih vrijednosti sukladno odredbama Zakona o osiguranju.

4. UVJETI OBNOVE OSIGURANJA

4.1. za životna, rentna i investicijska osiguranja

Ako ugovaratelj zahtjeva obnovu osiguranja unutar 6 mjeseci od prestanka jamstva, osiguratelj izvršava obnovu bez obzira na zdravstveno stanje osigurane osobe. U slučaju obnove osiguranja po isteku 6 mjeseci od prestanka jamstva osigurana osoba je dužna ispuniti Upitnik o zdravstvenom stanju (točka 5 ovog obrasca). Ukoliko je na Upitniku o zdravstvenom stanju pojedini odgovor DA, osigurana osoba je dužna navesti detalje (što se dogodilo, kada i posljedice) te priložiti preslike medicinske dokumentacije iz koje se vidi točna dijagnoza, liječenje i trenutno zdravstveno stanje.

4.2. za riziko životno osiguranje

Ako ugovaratelj zahtjeva obnovu osiguranja unutar 3 mjeseca od prestanka jamstva osigurana osoba je dužna ispuniti Upitnik o zdravstvenom stanju (točka 6 ovog obrasca).

5. IZJAVA UGOVARATELJA OSIGURANJA

5.1. za životna, rentna i investicijska osiguranja

- Upoznat sam i suglasan sam s činjenicom da jamstvo osiguratelja pri obnovljenom osiguranju s plaćanjem dospjelih premija počinje tek nakon njegovog pisanog pristanka tog dana u 24:00 h pod uvjetom da su plaćene sve do tog dana dospjele premije i da je zdravstveno stanje osigurane osobe nepromijenjeno od trenutka sklapanja osiguranja.
- Upoznat sam i suglasan sam s činjenicom da osiguranje pri obnovljenom osiguranju bez plaćanja svih dospjelih premija počinje nakon njegovog pisanog pristanka tog dana u 24:00h pod uvjetom da je zdravstveno stanje osigurane osobe nepromijenjeno od trenutka sklapanja osiguranja. Jamstvo osiguratelja pri tako obnovljenom osiguranju počinje u 24:00 sati istoga dana kada je u cijelosti plaćena prva premija obnovljenog osiguranja.
- Dozvoljavam da se u slučaju priključenja dodatnih osiguranja, premija osiguranja za to osiguranje pri obnovi odredi sukladno važećim cjenicima za dodatna osiguranja.
- Potvrđujem da su svi navedeni podaci i odgovori navedeni na zahtjevu istiniti i potpuni.
- Ugovaratelj osiguranja upoznat je s činjenicom da je Osiguratelj dužan obavijestiti o mogućem preseljenju u inozemstvo te ga je dužan odmah obavijestiti o svim promjenama podataka, koje mogu biti relevantne za procjenu poreznih obveza (prvenstveno podataka o rezidentstvu i stranom poreznom broju). Ako je ugovaratelj osiguranja pravna osoba, potomji je dužan obavijestiti Osiguratelja o svakoj promjeni sjedišta i organizacije te o strukturi promjene vlasništva relevantnih za procjenu porezne obveze. Ugovaratelj potpisom zahtjeva potvrđuje da nije američki državljanin ili rezident SAD za porezne svrhe, osim ako to nije drugačije označeno na zahtjevu.

5.2. za riziko životno osiguranje

- Upoznat sam i suglasan sam s činjenicom da jamstvo osiguratelja pri obnovljenom osiguranju s plaćanjem dospjelih premija počinje tek nakon njegovog pisanoga pristanka tog dana u 24:00 h pod uvjetom da su plaćene sve do tog dana dospjele premije i da je zdravstveno stanje osigurane osobe nepromijenjeno od trenutka sklapanja osiguranja.
- Dozvoljavam da se u slučaju priključenja dodatnih osiguranja, premija osiguranja za to osiguranje pri obnovi odredi sukladno važećem cjeniku za dodatna osiguranja.
- Potvrđujem da su svi navedeni podaci i odgovori navedeni na zahtjevu istiniti i potpuni.
- Ugovaratelj osiguranja upoznat je s činjenicom da je Osiguratelj dužan obavijestiti o mogućem preseljenju u inozemstvo te ga je dužan odmah obavijestiti o svim promjenama podataka, koje mogu biti relevantne za procjenu poreznih obveza (prvenstveno podataka o rezidentstvu i stranom poreznom broju). Ako je ugovaratelj osiguranja pravna osoba, potomji je dužan obavijestiti Osiguratelja o svakoj promjeni sjedišta i organizacije te o strukturi promjene vlasništva relevantnih za procjenu porezne obveze. Ugovaratelj potpisom zahtjeva, potvrđuje da nije američki državljanin ili rezident SAD za porezne svrhe, osim ako to nije drugačije označeno na zahtjevu.

6. PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU OSIGURANE OSOBE/OSOBA (ispunjavaju osigurane osobe)

Ako je Zahtjev za obnovu životnog osiguranja dostavljen nakon isteka 6 mjeseci od prestanka jamstva odnosno kapitalizacije za mješovito, rentno i investicijsko životno osiguranje odnosno u razdoblju od 3 mjeseca za riziko životnog osiguranje, molimo odgovorite na pitanja o zdravstvenom stanju tako da označite DA ili NE. U slučaju potvrdnog odgovora molimo navedite detalje i priložite preslike medicinske dokumentacije:

	1. osigurana osoba	2. osigurana osoba
a) Tjelesna visina (cm)		
b) Tjelesna težina (kg)		
c) Jeste li već osigurani nekim oblikom životnog osiguranja ili ste u postupku prihvata u neko drugo osiguranje?	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
d) Je li ikada neka od Vaših ponuda životnog osiguranja bila odbijena, odgođena ili prihvaćena pod posebnim uvjetima?	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
e) Bavite li se ili se namjeravate baviti rizičnim sportovima i aktivnostima, te obavljanjem raznih opasnih poslova?	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
f) Da li se od sklapanja ovog osiguranja Vaše zdravstveno stanje promijenilo na lošije?	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
g) Da li ste nakon sklapanja ovog osiguranja bili na pregledu, liječenju, operaciji u bolnici, specijalističkoj ordinaciji, ambulanti, klinici, poliklinici? Jesu li Vam liječnici savjetovali specijalistički pregled, liječenje, operaciju? Namjeravate li u budućnosti na specijalistički pregled, liječenje, operaciju?	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
h) Imate li ili ste imali kakvu bolest ili probleme povezane s kardiovaskularnim sustavom, živčanim sustavom, psihičkim smetnjama, probavnim sustavom, urinarnim sustavom, spolnim organima, mišićno-koštanim sustavom, vidom, sluhom, dišnim organima ili bilo kakvom drugom bolešću?	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
i) Jeste li imali neku tjelesnu ozljedu nakon sklapanja osiguranja?	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
j) Da li ste promijenili zanimanje od dana sklapanja osiguranja?	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>

Detaljniji odgovori na pitanja odgovorena sa DA:

Prva osigurana osoba:	
Druga osigurana osoba:	

Vlastoručnim potpisom ovog obrasca potvrđujem da sam primio detaljne informacije o obradi podataka sadržane u dokumentu pod nazivom „Informacija o obradi podataka“ te da mi je informacija o obradi podataka također dostupna na svim prodajnim mjestima Triglav osiguranja d.d. i na web stranici: www.triglav.hr

POTPISANA PONUDA, POLICA, UVJETI OSIGURANJA TE SVI DODACI PONUDI ODNOSNO POLICI ČINE UGOVOR O OSIGURANJU.

MJESTO I DATUM:

POTPIS I PEČAT UGOVARATELJA OSIGURANJA:

POTPIS OSIGURANIH OSOBA:

..... 1. 1.
..... 2. 2.

Potpisi ugovaratelja osiguranja i osiguranika (ako su ugovaratelj osiguranja i osiguranik različite osobe) na ovom Zahtjevu je obavezan i isti se smatra potpisom na polici. Iznimka: potpis osiguranika nije obvezna ukoliko se mijenjaju osobni podaci ugovaratelja osiguranja te način i dinamika plaćanja premije.

Podatke koje nam dostavite putem ovog obrasca koristit ćemo samo za svrhu navedenu u ovom obrascu i čuvati samo onoliko koliko nam nalažu zakonski propisi.

ZAHTEJEV ZAPRIMIO I SVOJIM POTPISOM POTVRĐUJEM da je ova izjava preda mnom napisana i potpisana i da sam identitet potpisnika utvrdio na temelju navedene osobne iskaznice ili putovnice.

.....
ŠIFRA, POTPIS, MJESTO I DATUM

.....
MJESTO I DATUM PROVEDBE ZAHTEJEVA

.....
ŠIFRA, IME I PREZIME I POTPIS OSOBE KOJA JE ZAHTEJEV PROVELA

UZ POTPUNO ISPUNJEN ZAHTEJEV, TE DOSTAVOM SVIH POTREBNIH DOKUMENTA VAŠ ĆE ZAHTEJEV BITI BRZO RIJEŠEN NA VAŠE I NAŠE ZADOVOLJSTVO



ISO 9001:2015 certifikat potvrda je visoke kvalitete usluge koju osiguranici i poslovni partneri Triglav osiguranja dobivaju u Hrvatskoj već 50 godina.