

ZAHTEJEV ZA PRESTANAK PLAĆANJA UGOVORENE PREMIJE PO POLICI 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.

BROJ POLICE DATUM VAŽENJA PROMJENE

(Zahtjev zaprimljen 8 dana prije isteka kalendarskog mjeseca biti će obrađen s 1. u narednom kalendarskom mjesecu.)

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

datum rođenja, mjesto i država rođenja/sjedište

*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 RH: 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

**Strana politički izložena osoba DA, 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 iz izvora 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

*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 RH: 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

**Strana politički izložena osoba DA, 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

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 prosljeđeni 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/osiguranika razlikuju od adrese poznate osiguratelju na temelju podataka navedenih na zahtjevu izvršit će 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 suradnik 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.

MIROVANJE***

Molim da mi odobrite mirovanje plaćanja premije u razdoblju od 01. 20..... do 20.....

IZJAVA: Upoznat(a) sam i suglasan(a) da za vrijeme mirovanja nemam pokriće za dodatna osiguranja koja sam ugovorio(la) po ovoj polici. Po isteku razdoblja mirovanja mijenja se osigurana svota za doživljenje i smrt.

RASKID

Molim da mi odobrite prekid plaćanja premije po polici osiguranja života s danom 01. 20..... i s tim danom prestaje osiguranje bez prava na povrat do tada plaćene premije. Potvrđujem da sam upoznat(a) s pravom i Uvjetima za obnovu osiguranja.

IZJAVA: Izjavljujem da ne želim nastaviti s plaćanjem premije osiguranja za navedeno osiguranje.

KAPITALIZACIJA***

Molim da mi odobrite prekid plaćanja premije po polici osiguranja života s danom 01. 20..... . Ukoliko moja policica u skladu s Uvjetima za osiguranje života zadovoljava uvjete za kapitalizaciju, molim da temeljem ovog Zahtjeva provedete kapitalizaciju odnosno smanjenje osigurane svote na polici bez daljnjeg plaćanja premije i prekinete sva ugovorena dodatna osiguranja.

IZJAVA: Upoznat(a) sam i suglasan(a) da će smanjenu osiguranu svotu osiguratelj isplatiti nakon nastupa osiguranog slučaja, a smanjenu rentu će početi isplaćivati od dana koji je naveden na polici.

ODUSTANAK OD OSIGURANJA sukladno Zakonu o osiguranju u roku od 30 dana od primitka obavijesti Osiguratelja o sklapanju ugovora.

*** 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 članku 381. Zakona o osiguranju.

****Ako pravnu osobu zastupa više od jednog zakonskog zastupnika ili ovlaštenika, potrebno je za svakog od njih ispuniti obrazac Identifikacije stranke.

Ako fizičku osobu zastupa zakonski zastupnik ili opunomoćenik, potrebno je ispuniti obrazac Identifikacije stranke.

MJESTO I DATUM:

POTPIS I PEČAT UGOVARATELJA OSIGURANJA:

.....

1.

2.

Potpis ugovaratelja osiguranja na ovom Zahtjevu je obavezan i isti se smatra potpisom na polici.

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.