

## ZAHTJEV ZA ISPRAVAK ILI PROMJENU PODATAKA NA POLICI

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](http://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 ....., 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 .....

nerезидент Republike Hrvatske:  DA, резидент државе .....

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)

\*\*Politički izložena osoba  DA  NE  
(Kod potvrdnog odgovora obavezno 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  dohodak od igara na sreću  dar člana obitelji  dar druge osobe (navesti odnos).....

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 .....

nerезидент Republike Hrvatske:  DA, резидент државе .....

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)

\*\*Politički izložena osoba  DA  NE  
(Kod potvrdnog odgovora obavezno 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  dohodak od igara na sreću  dar člana obitelji  dar druge osobe (navesti odnos).....

nešto drugo.....

Zanimanje ugovaratelja osiguranja:

zaposlen  nezaposlen  student  umirovljenik  nešto drugo .....

Namjena/priroda sklapanja osiguranja:

socijalna sigurnost  štednja  zaštita obitelji  odobrenje kredita  nešto drugo .....

**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, potom 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 sporazumu 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 prvilu 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: braćni partner ili izvanbraćni partner, roditelji te djeca i njihovi braćni partneri ili izvanbraćni 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.

**Prijavljujem (molimo zaokružiti):**

**POSTOJEĆI PODATAK**

**PROMJENU PODATAKA**

	Na polici je:	Tražena promjena je:
<b>PRVI UGOVARATELJ:</b> <input type="checkbox"/> Ime i prezime <input type="checkbox"/> Adresa <input type="checkbox"/> OIB/MB <input type="checkbox"/> Nešto drugo	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....
<b>DRUGI UGOVARATELJ:</b> <input type="checkbox"/> Ime i prezime <input type="checkbox"/> Adresa <input type="checkbox"/> OIB/MB <input type="checkbox"/> Nešto drugo	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....
<b>PRVI OSIGURANIK:</b> <input type="checkbox"/> Ime i prezime <input type="checkbox"/> Adresa <input type="checkbox"/> OIB/MB <input type="checkbox"/> Nešto drugo	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....
<b>DRUGI OSIGURANIK:</b> <input type="checkbox"/> Ime i prezime <input type="checkbox"/> Adresa <input type="checkbox"/> OIB/MB <input type="checkbox"/> Nešto drugo	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....
<b>KORISNIK:</b> <input type="checkbox"/> Za slučaj doživljenja <input type="checkbox"/> Za slučaj smrti <input type="checkbox"/> Za smrt uslijed nezgode <input type="checkbox"/> Ostalo	Ime prezime i OIB ili datum, mjesec i godina rođenja <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....	Ime prezime i OIB ili datum, mjesec i godina rođenja <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....

PRILIKOM PROMJENE KORISNIKA OSIGURANJA U POGLEDU POREZA, DOPRINOSA I OSTALIH DAVANJA, UGOVARATELJ OSIGURANJA DUŽAN JE POSTUPATI U SKLADU SA ZAKONOM O POREZU NA DOHODAK TE SVIM OSTALIM RELEVANTNIM VAŽEĆIM PROPISIMA ZA NOVOG KORISNIKA. UKOLIKO JE MOGUĆE TREBA PRILOŽITI KOPIJU OSOBNE ISKAZNICE.

**Trajanje osiguranja\*\*:**

<input type="checkbox"/> Mjesec, godina početka	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/> Period godina trajanja	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/> Godina isteka	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....

<b>PRVA OSIGURANA OSOBA</b> <b>Osigurana svota</b> <input type="checkbox"/> za doživljenje <input type="checkbox"/> za smrt <input type="checkbox"/> za smrt uslijed nezgode <input type="checkbox"/> za invaliditet <input type="checkbox"/> za dnevnu naknadu <input type="checkbox"/> za bolničke dane <input type="checkbox"/> za invalidsku rentu <input type="checkbox"/> ostalo	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....	
<b>DRUGA OSIGURANA OSOBA</b> <b>Osigurana svota</b> <input type="checkbox"/> za doživljenje <input type="checkbox"/> za smrt <input type="checkbox"/> za smrt uslijed nezgode <input type="checkbox"/> za invaliditet <input type="checkbox"/> za dnevnu naknadu <input type="checkbox"/> za bolničke dane <input type="checkbox"/> za invalidsku rentu <input type="checkbox"/> ostalo	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....	
<b>NAČIN PLAĆANJA</b>	<input type="checkbox"/> uplatnica <input type="checkbox"/> virman	<input type="checkbox"/> izravno terećenje* <input type="checkbox"/> obustava iz plaće	<input type="checkbox"/> uplatnica <input type="checkbox"/> virman <input type="checkbox"/> izravno terećenje* <input type="checkbox"/> obustava iz plaće
<b>DINAMIKA PLAĆANJA</b>	<input type="checkbox"/> godišnje <input type="checkbox"/> tromjesečno	<input type="checkbox"/> polugodišnje <input type="checkbox"/> mjesečno	<input type="checkbox"/> godišnje <input type="checkbox"/> tromjesečno <input type="checkbox"/> polugodišnje <input type="checkbox"/> mjesečno
<b>PREMIJA</b> <input type="checkbox"/> za osiguranje života** <input type="checkbox"/> za osiguranje nezgode <input type="checkbox"/> za osiguranje kritičnih bolesti i ozljeda <input type="checkbox"/> za zdravstveno osiguranja za vrijeme putovanja u inozemstvu s asistencijom	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....	
Ime i prezime novog platitelja premije ..... , prebivalište ..... datum, mjesto i država rođenja ..... , OIB ..... broj osobnog dokumenta ..... , vrsta osobnog dokumenta ..... , izdavatelj ..... datum izdavanja ..... , datum isteka .....			
<b>RASPODJELA SREDSTAVA U INVESTICIJSKIM FONDOVIMA (SAMOSTALNI IZBOR FONDOVA)</b> (po fondu mora biti minimalno 10 EUR, u premiju koja se ulaže u fond ulazi samo premija osnovnog osiguranja)	<input type="text"/> % ..... naziv fonda <input type="text"/> % ..... naziv fonda <input type="text"/> % ..... naziv fonda <input type="text"/> % ..... naziv fonda Ukupno = 100%	<input type="text"/> % ..... naziv fonda <input type="text"/> % ..... naziv fonda <input type="text"/> % ..... naziv fonda <input type="text"/> % ..... naziv fonda Ukupno = 100%	
<b>PRIJENOS SREDSTAVA INVESTICIJSKIH FONDOVA</b> <input type="checkbox"/> za sve dosadašnje i buduće <input type="checkbox"/> uplate za sve buduće uplate (po fondu mora biti minimalno 10 EUR, u premiju koja se ulaže u fond ulazi samo premija osnovnog osiguranja)	<input type="text"/> % ..... naziv fonda <input type="text"/> % ..... naziv fonda <input type="text"/> % ..... naziv fonda Ukupno = 100%	<input type="text"/> % ..... naziv fonda <input type="text"/> % ..... naziv fonda <input type="text"/> % ..... naziv fonda Ukupno = 100%	
<input type="checkbox"/> finansijski cilj za razdoblje (fondovi Triglav Skladi d.o.o.)	<input type="checkbox"/> 10 godina <input type="checkbox"/> 20 godina	<input type="checkbox"/> 15 godina <input type="checkbox"/> 25 godina	<input type="checkbox"/> 10 godina <input type="checkbox"/> 20 godina <input type="checkbox"/> 15 godina <input type="checkbox"/> 25 godina

Izmjena - popravak počinje važiti od (dan, mjesec, god.) .....

\* Obvezan prilog: ispunjen obrazac izravnog terećenja (SEPA, Diners, Visa)

\*\* 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 članku 381. Zakona o osiguranju.

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](http://www.triglav.hr)

**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 obavezan ukoliko se mijenjaju osobni podaci ugovaratelja osiguranja te način i dinamika plaćanja premije.

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

ZAHTJEV 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 ZAHTJEVA

.....  
IME I PREZIME I POTPIS OSOBE KOJA JE ZAHTJEV PROVELA

UZ POTPUNO ISPUNJEN ZAHTJEV, TE DOSTAVOM SVIH POTREBNIH DOKUMENTA VAŠ ĆE ZAHTJEV 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.