

TRIGLAV OSIGURANJE D.D.
ANTUNA HEINZA 4, ZAGREB

POSLOVNA TAJNA



PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA IZ OSIGURANJA KRITIČNIH BOLESTI

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

KORISNIK OSIGURANJA/PUN. KORISNIKA: prezime i ime/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>).

Po polici životnog osiguranja, broj prijavljujem nastanak oboljenja koje je temeljem Uvjeta osiguranja Triglav osiguranja d.d. definirano kao kritična bolest, i u svrhu rješavanja predmeta prilažem sljedeće dokument (zaokružiti):

izvornik police životnog osiguranja kopija identifikacijske isprave presliku zdravstvenog kartona sa svim nalazima

presliku nalaza specijalističkih pregleda o liječenju nastale bolesti ostalo:

Osiguratelj ima pravo zahtijevati i dodatne dokaze koji su potrebni za utvrđivanje njegove obveze.

OSIGURANIK: prezime i ime OIB/MB

datum rođenja, mjesto i država rođenja/sjedište

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

telefon, GSM, e-mail

državljanstvo

O bolesti mi je poznato sljedeće:

a) koja je bolest bila utvrđena

b) kada je bila utvrđena (navesti datum)

c) liječio sam se (kod kuće ili u bolnici i u kojoj)

d) gdje je osiguraniku pružena prva stručna liječnička pomoć

e) ime liječnika primarne zdravstvene zaštite ili obiteljskog liječnika

f) adresa zdravstvene ustanove

g) je li osiguranik prije ove bolesti bio potpuno zdrav? DA NE

h) je li osiguranik prije ove bolesti bolovao od kakve teže bolesti? Ako da koje? DA NE

i) je li po nastanku bolesnog stanja obavijen očevid i vođena istraga? Ako da, tko ju je vodio? DA NE

j) je li osiguranik prije ove bolesti bio sposoban za rad? Ako nije, zbog čega? DA NE

k) je li osiguranik prije pretrpio kakvu tjelesnu ozljedu? Ako da, kakvu i kada? DA

* 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 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.

TRIGLAV OSIGURANJE D.D.
ANTUNA HEINZA 4, ZAGREB

POSLOVNA TAJNA



Podaci o računu korisnika osiguranja na koji se želi isplata:

Ime i prezime korisnika Naziv banke

IBAN (broj štedne knjižice/tekućeg računa/žiro-računa):

Adresa s porezne kartice (PK obrazac)

Ime i prezime korisnika Naziv banke

IBAN (broj štedne knjižice/tekućeg računa/žiro-računa):

Adresa s porezne kartice (PK obrazac)

Ako se adresa na PK kartici razlikuje od adrese s osobne iskaznice, na zahtjevu je potrebno navesti i adresu s porezne kartice.

Ukoliko je zahtjev ispunjavan na temelju punomoći korisnika sve podatke vezane uz SPNFT, FATCA-u i ostale porezne propise treba ispuniti iza korisnika osiguranja.

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.

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio istinito i potpuno.

U dana

(potpis korisnika)

(žig ili šifra i potpis predstavnika osiguratelja)

Ukoliko je zahtjev poslan poštom, bez prisutnosti predstavnika osiguratelja, potrebno je priložiti presliku osobnog dokumenta na kojem je potvrda javnog bilježnika iz koje proizlazi da je javni bilježnik utvrdio identitet osobe na temelju priloženog osobnog dokumenta.

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.

ZAHTJEV ZAPRIMIO I SVOJIM POTPISOM POTVRDUJEM da je ova izjava preda mnom napisana i potpisana i da sam identitet potpisnika utvrdio na temelju navedene osobne iskaznice

(ŠIFRA, POTPIS, MJESTO I DATUM)

UZ POTPUNO ISPUNJEN ZAHTJEV, TE POTVRDOM SVIH POTREBNIH DOKUMENATA 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.