

ZAHTJEV ZA PRIKLJUČENJE DODATNOG OSIGURANJA DRUGOG LIJEČNIČKOG MIŠLJENJA

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 bit 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

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)

** Politički izložena osoba ☐ DA ☐ NE (Kod potvrdnog odgovora obvezno priložiti popunjen i potpisan obrazac Upitnik za politički izložene osobe)

Porijeklo novca:

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

☐ dohodak od osiguranja ☐ dar člana obitelji ☐ dar druge osobe (navesti odnos)

☐ dohodak od igara na sreću ☐ 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)

** Politički izložena osoba ☐ DA ☐ NE (Kod potvrdnog odgovora obvezno priložiti popunjen i potpisan obrazac Upitnik za politički izložene osobe)

Porijeklo novca:

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

☐ dohodak od osiguranja ☐ dar člana obitelji ☐ dar druge osobe (navesti odnos)

☐ dohodak od igara na sreću ☐ nešto drugo

Zanimanje ugovaratelja osiguranja:

☐ zaposlen ☐ nezaposlen ☐ student ☐ umirovljenik ☐ nešto drugo

Namjena/priroda sklapanja osiguranja:

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

NAPOMENA: 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.

Osigurana osoba je ujedno i ugovaratelj osiguranja:

PRVA OSIGURANA OSOBA ☐ DA

DRUGA OSIGURANA OSOBA ☐ DA

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 sporazumi biti proslijeđeni Poreznoj upravi Republike Hrvatske u svrhu daljnjeg izvješćavanja. 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 osigurateljskih 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 razlikuje 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.

OSIGURANA OSOBA	IME I PREZIME	OIB	TRAJANJE OSIGURANJA	MJESEČNA PREMIJA
1.				0,80 EUR
2.				0,80 EUR

Sastavni dio ovog dodatnog osiguranja sljedeći su dokumenti:

1. Zahtjev za priključenje dodatnog osiguranja drugog liječničkog mišljenja
2. Upitnik o zdravstvenom stanju osigurane osobe
3. Važeći Dopunski uvjeti za dodatno osiguranje drugog liječničkog mišljenja na dan sklapanja osiguranja.

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio točno, istinito i potpuno. Ovlašćujem liječnike koji su liječili osiguranika, da mogu pružiti sve obavijesti koje Triglav osiguranje d.d. od njih zatraži.

Vlastoručnim potpisom potvrđujem primitak navedenih Uvjeta osiguranja, Klauzulu o obaviještenosti ugovaratelja osiguranja i KID - Dokument o ključnim informacijama.

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 bradi 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.

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 POTVRĐUJEM da je ova izjava preda mnom napisana i potpisana i da sam identitet potpisnika utvrdio na temelju navedene identifikacijske isprave.

.....
(ŠIFRA, POTPIS, MJESTO I DATUM)

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



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