

Ponuda za sklapanje doživotnog riziko životnog osiguranja Jesen života

Podružnica		OZNAKA	ŽIG
Broj ponude			
Broj police			
Početak osiguranja			
Doživljenje / otkup / prijenos iz police br.			

A. Podaci o prvoj osiguranoj osobi

Ime i prezime		Datum rođenja		Spol (M/Ž)	
Adresa prebivališta		Poštanski broj/grad		Ugovaratelj (D/N)	
OIB		Pristupna starost		Platitelj (D/N)	
Mjesto i država rođenja		Srodstvo s ugovarateljem			
Adresa za slanje obavijesti		Telefon / E-mail			

B. Ugovaratelj osiguranja / zakonski zastupnik, skrbnik ili punomoćenik

Ime i prezime / Naziv tvrtke * / Udruge* / Obrta i ime i prezime vlasnika obrta*					
Adresa prebivališta		Poštanski broj/grad			
OIB		Datum rođenja		Platitelj (D/N)	
MB		Telefon / E-mail			
Mjesto i država rođenja		Identifikacijski broj za obrt ili samostalnu djelatnost			
Adresa za slanje obavijesti		Kontakt osoba i telefon			

C. Opći podaci

Prosječna računska pristupna starost		Valuta	EUR
Trajanje osiguranja (god.)		Platno mjesto	
Način plaćanja premije: ☐ Uplatnica ☐ Obustava od mirovine ☐ Obustava s kartice (naziv kartice) ☐ SEPA izravno terećenje (naziv banke) ☐ Faktura		Frekvencija plaćanja premije: ☐ Mjesečno ☐ Polugodišnje ☐ Tromjesečno ☐ Godišnje	

D. Korisnici osiguranja

Šifrant korisnika 5 osigurana osoba 6 ugovaratelj osiguranja 7 ostalo (za fizičke osobe upišite ime i prezime, datum, mjesto i godinu rođenja ili OIB korisnika. Za pravne osobe naziv tvrtke, MB i OIB.)	☐ Pogrebno društvo / posmrtna pripomoć		
	Za smrt:		

F. Osigurana svota i premija osiguranja

Osigurana svota	PREMIJA OSIGURANJA U EUR

Klauzula	
----------	--

* Popuniti obrazac PODACI O BENEFICIJARNIM / STVARNIM VLASNICIMA KLIJENTA

F: Deklaracija (molim pročitati pažljivo):

1. Ugovaratelj osiguranja i osiguranik izjavljuju da su svi upisani podaci vezano za ponudu potpuni, točni i istiniti te da Triglav osiguranje d.d., u slučaju da je bilo koji važan podatak na ovoj ponudi izostavljen ili ako se dokaže da je bilo koji podatak bio neistinit, može raskinuti ponudu ili otkloniti isplatu osiguranih svota sukladno uvjetima osiguranja bez povrata već uplaćenih premija.

2. Osiguranik je upoznat i suglasan da svi liječnici i druge zdravstvene ustanove mogu dostaviti Triglav osiguranju d.d. sve potrebne podatke o zdravstvenom stanju osiguranika, odnosno sve podatke koji mogu utjecati na ocjenu rizika i utvrđivanje obveza Triglav osiguranja d.d.

3. Ugovaratelj osiguranja i osiguranik upoznati su da Triglav osiguranje d.d. obrađuje osobne i zdravstvene podatke sukladno važećim propisima koji uređuju zaštitu osobnih podataka temeljem zakonom propisane ili na temelju druge dopuštene svrhe, a potrebni su za sklapanje i izvršenje ugovora o osiguranju te u svrhu isplate šteta sukladno Zakonu o osiguranju. Ugovaratelj osiguranja i osiguranik potvrđuju da su upoznati da Triglav osiguranje d.d. obrađuje osobne podatke sukladno uručenj Informaciji o obradi podataka Društva Triglav osiguranje d.d.

4. Ugovaratelj osiguranja i osiguranik upoznati su da Triglav osiguranje d.d. obrađuje osobne podatke temeljem legitimnog interesa prema postojećim klijentima u svrhu izravnog marketinga/promidžbe. Ugovaratelj osiguranja i osiguranik mogu dati suglasnost za obradu podataka za potrebe segmentacije i profiliranja te drugih potreba Triglav osiguranje d.d.

5. Ugovaratelj osiguranja i osiguranik mogu bilo kada opozvati svoju suglasnost za obradu osobnih podataka za namjene iz 4. točke i to pisanim zahtjevom poslanim na adresu: Triglav osiguranje d.d., A. Heinza 4, 10000 Zagreb ili na email:sluzbenik.osobnipodaci@triglav.hr

☐ PG-RI-POG/02-26hr

10. Ugovaratelj osiguranja i Osiguranik ovim putem potvrđuju da su im prije sklapanja osiguranja od strane distributera uručeni:

☐ Obavijest ugovaratelju osiguranja i/ili osiguraniku (prodajna iskaznica distributera)

☐ Informacija ugovaratelju osiguranja prije sklapanja ugovora

☐ Upitnik o utvrđivanju potreba i zahtjeva ugovaratelju osiguranja (UPI)

☐ Informativni izračuni koji sadrže tablice individualiziranih otkupnih i kapitaliziranih vrijednosti po godinama trajanja osiguranja

☐ Informacija o obradi podataka društva Triglav oiguranja d.d.

☐ Dokumenti s ključnim informacijama LIPID

☐ Uvjeti osiguranja

☐ Izjava - Utvrđivanje potreba i zahtjeva ugovaratelja osiguranja (samo ako se osiguranje sklapa suprotno s utvrđenim potrebama i zahtjevima ugovatelja osiguranja iz upitnika UPI)

Neobvezna dokumentacija:

☐ Suglasnost za komunikaciju putem elektroničke pošte

☐ Izjava o davanju privole za obradu osobnih podatka

G. Identifikacija

		Vrsta osobnog dokumenta	Broj osobnog dokumenta	Organ, mjesto i država izdavatelja	Datum izdavanja	Datum isteka
Fizička osoba	Ugovaratelj osiguranja					
	Platitelj					
Pravna osoba	Opunomoćenik (odvjetnik)					

SAMO ZA PRAVNE OSOBE

Država u kojoj je potvrđen akt o osnivanju: ☐ DA

Da li je vlasnik pravne osobe fizička osoba koja je rezident SAD-a za porezne svrhe? ☐ DA

Da li većina prihoda pravne osobe predstavlja financijske prihode (dividende, kamate i prihode od trgovanja vrijednosnim papirima)? ☐ DA

SAMO ZA FIZIČKE OSOBE

Svrha/priroda sklapanja osiguranja

☐ Socijalna sigurnost

☐ Štednja

☐ Zaštita obitelji

☐ Odobrenje kredita

☐ Nešto drugo

Djelatnost

☐ Učenik

☐ Student

☐ Zaposlen

☐ Nezaposlen

☐ Umirovljenik

☐ Nešto drugo

Porijeklo novca

☐ Dohodak od nesamostalnog rada

☐ Dohodak od osiguranja

☐ Dohodak od igara na sreću

☐ Dohodak od samostalnog rada

☐ Dar člana obitelji

☐ Mirovina

☐ Dohodak od imovine i imovinskih prava

☐ Dar druge osobe (navesti odnos)

☐ Nešto drugo

Ugovaratelj osiguranja

Nerezident Republike Hrvatske**

☐ DA

Rezident države

U kojim državama ste porezni obveznik

☐ Hrvatska

☐ u drugim državama

Državljanin / Rezident SAD za poreznu svrhu

☐ DA

TIN / SSN

(tax identification number / social security number)

Politički izložena osoba***

☐ DA

** nema stalno prebivalište u RH

*** Obavezno popuniti upitnik za politički izložene osobe

H. Platitelj

Ime i prezime/ Tvrtka / Udruga / Obrt i ime i prezime vlasnika obrta		Datum rođenja	
Adresa stalnog prebivališta/sjedišta (ulica, kućni broj, država)		Pošta	
Mjesto i država rođenja		Državljanstvo	
U kojim državama ste porezni obveznik	☐ Hrvatska	☐ u drugim državama	
			Politički izložena osoba***
			☐ DA
Državljanin / Rezident SAD za poreznu svrhu	☐ DA		
MB		OIB	
Mjesto		Datum	
		Kontakt osoba i telefon	
		Potpis i žig platitelja	

PO-U-SMPT/02-26hr

J. POTPISI

	Žig i/ili potpis	Mjesto	Datum
Prva osigurana osoba/zakonski zastupnik			
Druga osigurana osoba/zakonski zastupnik			
Ugovaratelj osiguranja****			

**** Ukoliko su ugovaratelj i osiguranik iste osobe dovoljan je potpis samo na mjestu ugovaratelja osiguranja.

Izjava distributera Obračun provizije ☐ NE	Ime i prezime distributera (ispuniti tiskanim slovima)	Šifra distributera	Udio %
Prvi distributer			
Drugi distributer			
Treći distributer			

Prilažem sljedeće dokumente	
-----------------------------	--

Svojim potpisom potvrđujem da sam u najvećoj mogućoj mjeri pomogao strankama ispuniti cijelu ponudu, te da sam sva pitanja ispravno postavio-la, dobivene odgovore točno napisao-la i da je ova ponuda u mojoj nazočnosti od strane ugovaratelja osiguranja/osigurane osobe potpisana. U ovom izvješću navodim sve činjenice za koje smatram da će Triglav osiguranju d.d. pomoći odrediti visinu rizika.

Potpisi	Potpis	Mjesto	Datum
Prvi distributer			
Drugi distributer			
Treći distributer			