

Ponuda za sklapanje životnog osiguranja

Podružnica		OZNAKA	ŽIG
Broj ponude			
Broj police			
Početak osiguranja			
Doživljenje / otkup / prijenos iz police br.			
Osnovno osiguranje: ☐ Mješovito životno osiguranje ☐ Riziko životno osiguranje ☐		Dodatna osiguranja: ☐ Osiguranje od nezgode ☐ Osiguranje od nezgode za djecu ☐ Osiguranje kritičnih bolesti i ozljeda ☐ Zdravstveno osiguranje na putovanju u inozemstvu s asistencijom	

A. Podaci o prvoj osiguranoj osobi

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

B. Podaci o drugoj osiguranoj osobi

Ime i prezime		Datum rođenja		Spol (M/Ž)	
Adresa prebivališta		Pošanski 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			

C. Ugovaratelj osiguranja / zakonski zastupnik, skrbnik ili punomoćnik

Ime i prezime / Naziv tvrtke ** / Udruga** / Obrta i ime i prezime vlasnika obrta**			
Adresa prebivališta		Pošanski 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	

D. Opći podaci

Prosječna računska pristupna starost		Datum početka isplate stipendije		Valuta	EUR
Trajanje osiguranja (god.)		Trajanje isplaćivanja stipendije (god.)		Platno mjesto	
Način plaćanja premije: ☐ Uplatnica ☐ Obustava s kartice (naziv kartice) ☐ Obustava od mirovine ☐ SEPA izravno terećenje (naziv banke) ☐ Faktura			Frekvencija plaćanja premije: ☐ Mjesečno ☐ Godišnje (3,5% popusta) ☐ Tromjesečno (2% popusta) ☐ Jednokratno ☐ Polugodišnje (2,5% popusta)		

E. Korisnici osiguranja

Šifrant korisnika 1 prva osigurana osoba 2 druga osigurana osoba 3 obje osigurane osobe 4 preživjela osigurana osoba 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.)	Za smrt:		Za invaliditet, dnevnu naknadu, bolničke dane i invalidsku rentu:	
	Za doživljenje:		Za dodatno osiguranje od posljedica nesretnog slučaja za djecu***:	
	Za stipendiju:		Za kritične bolesti i ozljede:	
	Ostalo:			

* Samo jedna osigurana osoba može biti ugovaratelj osiguranja. ** Popuniti obrazac PODACI O BENEFICIJARNIM / STVARNIM VLASNICIMA KLIJENTA
*** Korisnik za slučaj trajnog invaliditeta i dnevne naknade za bolnički dan je osigurana osoba dodatnog osiguranja od posljedica nesretnog slučaja (nezgode)djece, ako je punoljetna, odnosno roditelji ili zakonski skrbnici ukoliko je osoba maloljetna.

F. Osigurana svota i premija osiguranja

Osigurana svota i premije za osnovno osiguranje prema cjeniku							
Za sva životna osiguranja							PREMIJA OSIGURANJA U EUR
Doživljenje u EUR		Smrt u EUR					
Osigurana svota i premija za dodatno osiguranje u EUR							
Osigurana svota i premija za dodatno osiguranje od posljedica nesretnog slučaja u EUR							
Šifra rizika	Osiguranci	Smrt	Invaliditet	Dnevna naknada	Naknada za bolničke dane	Invalidska renta****	Premija u EUR
	Prva osigurana osoba		Dvostruka OS za smrt				
	Druga osigurana osoba		Dvostruka OS za smrt				

**** Mjesečna renta za 50% ili više invaliditeta.
U slučaju smrti u prometnoj nesreći isplaćuje se 150% osigurane svote za slučaj smrti kao posljedice nesretnog slučaja.

Osigurana svota i premija za dodatno osiguranje od posljedica nesretnog slučaja za djecu u EUR						
Ime i prezime	Datum i godina rođenja	Adresa *****		OIB	Paket	Premija u EUR

Dodatno osiguranje od posljedica nesretnog slučaja za djecu ističe na kraju svake kalendarske godine u kojoj je osigurana osoba dodatnog osiguranja napunila 26. godina starosti. Korisnik za slučaj smrti: roditelj ili zakonski zastupnik.
***** Ukoliko je adresa ista kao kod ugovaratelja osiguranja istu nije potrebno ponovno upisivati.

Osigurana svota i premija za dodatno osiguranje kritičnih bolesti i ozljeda u EUR							
☐ Prva osigurana osoba	☐ Trajanje osiguranja		Osigurana svota		☐ Osnovni paket	☐ Prošireni paket	Premija u EUR
☐ Druga osigurana osoba	☐ Trajanje osiguranja		Osigurana svota		☐ Osnovni paket	☐ Prošireni paket	Premija u EUR

Osigurana svota i premija za zdravstveno osiguranje na putovanju u inozemstvo s asistencijom						
Ime i prezime	Datum rođenja	Adresa	OIB	Srodstvo*****	Osigurateljno pokrće u EUR	Premija u EUR
Prva osigurana osoba					15.000 / 3.500	
Druga osigurana osoba					15.000 / 3.500	
					15.000 / 3.500	
					15.000 / 3.500	
					15.000 / 3.500	
					15.000 / 3.500	

***** Legenda: O-osigurana osoba i bračni drug; D-dijete

KLAUZULA:	UKUPNA PREMIJA U EUR:
-----------	-----------------------

G: 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 poznati 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 poznati da Triglav osiguranje d.d. obrađuje osobne podatke sukladno uručenju Informaciji o obradi podataka Društva Triglav osiguranje d.d.

4. Ugovaratelj osiguranja i osiguranik poznati 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
6. Ugovaratelj osiguranja je suglasan i upoznat da će u slučaju, da je osiguranik upućen na liječnički pregled, na temelju kojega su za ponudu predloženi uvjeti osiguranja s nepromijenjenom premijom osiguranja, vratiti Triglav osiguranje d.d. troškove obavljenog liječničkog pregleda, ako će odstupiti od ugovora o osiguranju, prije nego što uplati 12 mjesečnih premija.

7. Ugovaratelj osiguranja je dužan obavijestiti Triglav osiguranje d.d. o svojem preseljenju u inozemstvo i obvezan je prijaviti sve promjene osobnih podataka koji su potrebni za prijavu poreznih obveza (prije svega rezidenstvo i strani OIB). Ako je ugovaratelj osiguranja pravna osoba, dužan je Triglav osiguranje d.d. obavijestiti o svim promjenama sjedišta i pravnog oblika te o promjeni strukture vlasništva važnih za prijavu poreznih obveza. Ugovaratelj osiguranja svojim potpisom na ponudi potvrđuje da nije državljanin SAD-a, niti rezident SAD-a, niti pravna osoba sa sjedištem u SAD-u za porezne svrhe, osim ako to nije označio na ponudi.

8. Ugovaratelj osiguranja svojim potpisom daje suglasnost da ga Triglav osiguranje d.d. putem elektronske pošte ili internet stranice i.triglav može obavijestiti o promjenama ugovora sukladno Članku 381., a u vezi s Člankom 380. Zakona o osiguranju, ponajprije o promjenama tvrtke i sjedišta Triglav osiguranje d.d., visini premije i osiguranih svota, investicija, fondova i referentnih vrijednosti i strategija, mirovanju, kapitalizaciji ili prekidu osiguranja, dodatnim pokrićima, stanju sredstava, prinosa i udjela u dobiti.

9. Ugovaratelj osiguranja potvrđuje zaprimanje cjelokupne dokumentacije za sklapanje ponude za životno osiguranje (koja između ostalog sadrži i sljedeće uvjete osiguranja):

☐ PG-Z-ZIV/02-26hr	☐ PG-NE/08-21hr	☐ PG-D-DNZ/08-21hr	☐ TAB-INV-NE/08-21hr
☐ PG-D-OTR/08-21hr	☐ PG-D-KBIO/08-21hr	☐ PG-ZDR-PT/01-23hr	
10. Ugovaratelj osiguranja i Osiguranik ovim putem potvrđuju da su im prije sklapanja osiguranja od strane distributera uručeni:			
Obvezna dokumentacija:			
☐ Obavijest ugovaratelju osiguranja i/ili osiguraniku (prodajna iskaznica distributera)	☐ Upitnik o utvrđivanju potreba i zahtjeva ugovaratelju osiguranja (UPI)	☐ Informacija o obradi podataka društva Triglav osiguranje d.d.	☐ Izjava - Utvrđivanje potreba i zahtjeva ugovaratelja osiguranja (samo ako se osiguranje sklapa suprotno s utvrđenim potrebama i zahtjevima ugovaratelja osiguranja iz upitnika UPI)
☐ Informacija ugovaratelju osiguranja prije sklapanja ugovora	☐ Informativni izračuni koji sadrže tablice individualiziranih otkupnih i kapitaliziranih vrijednosti po godinama trajanja osiguranja	☐ Dokumenti s ključnim informacijama	☐ Uvjeti osiguranja
Neobvezna dokumentacija:			
☐ Suglasnost za komunikaciju putem elektroničke pošte		☐ Izjava o davanju privole za obradu osobnih podataka	
Suglasan sam s dodatnim uvjetima koji su nastali zbog povećanog rizika			
☐ promjena cjenika		☐ povećanje premije do EUR	☐ smanjenje osigurane svote za EUR

H. 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 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						
Namjena/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 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 ☐ Mirovina ☐ Nešto drugo						
Ugovaratelj osiguranja	Nerezident Republike Hrvatske*****	☐ DA	Rezident države		Politički izložena osoba*****	☐ DA
U kojim državama ste porezni obveznik	☐ Hrvatska ☐ u drugim državama	(navesti sve)				
Državljanin / Rezident SAD za poreznu svrhu	☐ DA	TIN / SSN	(tax identification number / social security number)			

***** nema stalno prebivalište u RH ***** Obavezno popuniti upitnik za politički izložene osobe

I. 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 (navesti sve)	Politički izložena osoba*****	☐ DA	
Državljanin / Rezident SAD za poreznu svrhu	☐ DA	TIN / SSN	(tax identification number / social security number)	
MB		OIB	Kontakt osoba i telefon	
Mjesto		Datum	Potpis i žig platitelja	

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			

K. Izjava distributera

--

L. Ispunjava triglav osiguranje d.d.

POTPISI	Ime i prezime	Potpis	Mjesto	Datum
Tarifa				

U. Ispunjava procjenitelj rizika

Vrsta liječničkog pregleda	1. osigurana osoba		A - bez liječničkog pregleda; B - liječnički pregled s analizom i mikroanalizom urina; C - B+EKG u mirovanju i analiza krvi; D - B+C+RTG prsnog koša ; E - B+C+D+HIV-test; K - uvid u liječnički karton.
	2. osigurana osoba		

Prilozi

--

OCJENA RIZIKA		1. osigurana osoba	
Postotak ili promil	Razlog		
Postotak za smrt %			
Visina flat premije			
Povećana vjerojatnost pojave KBIO			
Dodatno osiguranje od nezgode			
☐ Klauzula o isključenju			
☐ Anormalni rizik			
☐ Otklon	☐ Odgoda		

OCJENA RIZIKA		2. osigurana osoba	
Postotak ili promil	Razlog		
Postotak za smrt %			
Visina flat premije			
Povećana vjerojatnost pojave KBIO			
Dodatno osiguranje od nezgode			
☐ Klauzula o isključenju			
☐ Anormalni rizik			
☐ Otklon	☐ Odgoda		

Računska pristupna starost 1. osigurane osobe		Računska pristupna starost 2. osigurane osobe		Prosječna računska pristupna starost	
---	--	---	--	--------------------------------------	--

Mišljenje procjenitelja rizika

--

POTPISI	Potpis	Mjesto	Datum
Potpis 1. procjenitelja rizika			
Potpis 2. procjenitelja rizika			
Potpis direktora Sektora životnih osiguranja			
Potpis člana Uprave ili prokurista zaduženog za životna osiguranja			