

životno osiguranje d.d.

1. BROJ POLICE		Istek s datumom 01. ____ . 20 ____	
2. PODNOSITELJ ZAHTJEVA		<input type="checkbox"/> Ugovaratelj osiguranja	<input type="checkbox"/> Korisnik
Ime i prezime		OIB	
Ulica, kućni br.	Poštanski broj	Mjesto	
2. UGOVARATELJ OSIGURANJA			
Ime i prezime		OIB	
Ulica, kućni br.	Poštanski broj	Mjesto	
3. KORISNIK OSIGURANJA ZA SLUČAJ DOŽIVLJENJA			
Ime i prezime		OIB	
Ulica, kućni br.	Poštanski broj	Mjesto	
Adresa s porezne kartice (PK obrasca) ukoliko je različita od adrese prebivališta			
Tel./GSM	E-mail	Datum rođenja	Mjesto rođenja
Broj osobne iskaznice	Mjesto izdavanja osobne iskaznice	Državljanstvo	
Politički izložena osoba DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Rezident RH (ukoliko je odgovor NE, molimo navesti te ispuniti Upitnik za politički izložene osobe) DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Drugo: _____		
IBAN		Naziv banke	
4. DOKUMENTACIJA			
Ovaj zahtjev se smatra potpunim isključivo uz slijedeću priloženu dokumentaciju:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>original police osiguranja</li> <li>presliku kartice tekućeg računa korisnika</li> <li>presliku osobne iskaznice korisnika</li> <li>potvrdu o devinkulaciji police ukoliko je ista bila vinkulirana u korist banke</li> </ul>			
Osiguratelj ima pravo zahtijevati i dodatne dokumente potrebne za ispunjavanje zakonskih obveza.			

**Deklaracija SAD-a**

Svojem potpisom kao ugovaratelj osiguranja i/ili osiguranik potvrđujem da nisam državljanin, rezident ili imatelj zelene karte Sjedinjenih američkih država, da nemam u tekućoj godini više od 31 dan boravka, te da u zadnje 3 godine nisam boravio više od 183 dana u SAD-u, kao i da nisam porezni obveznik u SAD-u, a isto vrijedi i za korisnika osiguranja, te stvarnog vlasnika. Osiguratelj ovim putem obavještava ugovaratelja osiguranja i/ili osiguranika da mu u slučaju nastanjenja u SAD-u mora dostaviti kontakt adresu izvan SAD-a, te da vlastima u SAD-u mora prijaviti svoju imovinu ukoliko postane porezni obveznik SAD-a, a skreće mu se i pozornost da je osiguratelj ovlašten, pa i dužan u zakonom predviđenim slučajevima dostaviti odgovarajuće podatke poreznim vlastima u Republici Hrvatskoj.

**Politički izložena osoba** je osoba koja djeluje ili je u proteklih 12 mjeseci djelovala na istaknutoj javnoj dužnosti unutar EU ili trećoj državi, uključujući članove njene uže obitelji i osobe koje su njeni bliski suradnici

**Odobrenje Wüstenrot životnom osiguranju d.d. za korištenje podataka:** U ovom zahtjevu su mojom suglasnošću kao ugovaratelja i korisnika osiguranja upisani i osobni podaci koji su Zakonom o zaštiti osobnih podataka i Zakonom o osiguranju zaštićeni kao povjerljivi i tajni. Wüstenrot životno osiguranje d.d. i ostali sudionici u ovom pravnom poslu dužni su s tim podacima postupati u skladu sa svojim zakonskim obvezama čuvanja tajnosti podataka koje su saznali u poslovanju. Potvrđujem da Wüstenrot životno osiguranje d.d. može u smislu Zakona o osiguranju te Zakona o zaštiti osobnih podataka i drugih primjenjivih pozitivnih propisa koje reguliraju zaštitu i povjerljivost podataka obrađivati, upotrebljavati i davati na korištenje društvima iz svog koncerna ili društvima partnerima u Republici Hrvatskoj i inozemstvu uključujući i treće zemlje koje ne osiguravaju adekvatnu zaštitu osobnih podataka razini zaštite u Republici Hrvatskoj, nadležnim institucijama te društvima za reosiguranje, a radi izvršenja obveza na osnovi ugovora o osiguranju i u druge svrhe povezane s ugovorom o osiguranju te općenito ugovornim odnosom između mene i Wüstenrot životnog osiguranja d.d.. Svojem potpisom dajem i izričitu suglasnost Wüstenrot životnom osiguranju d.d. da dane podatke može koristiti u skladu s navedenim zakonima te u svrhu informiranja o novostima iz svoje ponude, proizvodima i specijalnim ponudama kao i novostima, proizvodima i ponudama svoje partnerske tvrtke, Wüstenrot stambene štedionice d.d. Svojem potpisom potvrđujem da sam obaviješten od strane Wüstenrot životnog osiguranja d.d. o svojem pravu da se suprotstavim obradi osobnih podataka u marketinške svrhe, o svojem pravu na pristup i ispravak osobnih podataka, te da se radi o dobrovoljnom davanju osobnih podataka, a uskrata kojih može dovesti do nemogućnosti ostvarivanja ugovornog odnosa između mene i Wüstenrot životnog osiguranja d.d.. Svojem potpisom također potvrđujem da sam u smislu Zakona o osiguranju upoznat/a da davanjem gore navedene suglasnosti prestaje obveza Wüstenrot životnog osiguranja d.d. za čuvanjem danih podataka prema gore navedenim osobama, te sukladno gore navedenoj namjeni, te u slučajevima kada je sukladno Zakonu o osiguranju i drugim primjenjivim propisima Wüstenrot životno osiguranje d.d. u obvezi otkriti dane osobne podatke trećim osobama.

Potpis podnosioca zahtjeva	Potpis ugovaratelja osiguranja	Potpis korisnika osiguranja	Mjesto i datum podnošenja zahtjeva
----------------------------	--------------------------------	-----------------------------	------------------------------------