

1. BROJ POLICE	Otkup s datumom 01. ____ . 20____
-----------------------	--------------------------------------

Svi niže traženi podaci nužni su nam za ispunjenje vašeg zahtjeva ili naše odveze prema Zakonu o sprječavanju pranja novca i financiranja terorizma, Zakonu o porezu na dohodak, CRS, FATCA ili druge zakonske obveze. Molimo vas da navedete točne podatke, a sve promjene ćemo evidentirati u našem sustavu. Wüstenrot životno osiguranje d.d. prikuplja i obrađuje osobne podatke vodeći posebnu brigu o njihovoj zaštiti. Detaljnije informacije o tome kako obrađujemo osobne podatke možete pronaći na www.wuestenrot-osiguranje.hr

2. UGOVARATELJ											
Ime i prezime		OIB									
Ulica, kućni br.	Poštanski broj	Mjesto									
Adresa s porezne kartice (obrazac PK) 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"/>								
Izjava korisnika		Izjavljujem da sam porezni obveznik druge države (osim RH i SAD-a) DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>									
Izjavljujem da sam državljanin/rezident/porezni obveznik SAD-a DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		Ako da, molimo navedite državu/e i porezni broj									
Ako da, molimo navedite porezni identifikacijski broj – Tax Identification Number (TIN):		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Država</th> <th>Porezni broj</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		Država	Porezni broj						
Država	Porezni broj										

3. PODACI O RAČUNU UGOVARATELJA	
Naziv vlasnika računa	
IBAN	Naziv banke

4. OTKUP
Otkup po polici životnog osiguranja želim zbog:
<input type="checkbox"/> iseljenja iz Republike Hrvatske <input type="checkbox"/> smrt korisnika ili člana uže obitelji <input type="checkbox"/> 100% trajni invaliditet ili gubitak poslovne sposobnosti ili teža bolest osiguranika <input type="checkbox"/> neprekinuta nezaposlenost ugovaratelja osiguranja za razdoblje dulje od šest mjeseci <input type="checkbox"/> drugo (navedite) _____

5. DOKUMENTACIJA
Ovaj zahtjev se smatra potpunim isključivo uz slijedeću priloženu dokumentaciju:
<ul style="list-style-type: none"> original police osiguranja presliku kartice tekućeg računa korisnika (bez vidljivog kontrolnog broja – CVV/CVC koda) presliku osobne iskaznice korisnika potvrdu o devinkulaciji police ukoliko je ista bila vinkulirana u korist banke Osiguratelj ima pravo zahtijevati i dodatne dokumente potrebne za ispunjavanje zakonskih obveza.

Ovim izjavljujem da sam upoznat/a sa svim odredbama Ugovora, posljedicama raskida i otkupa Ugovora o osiguranju života. Također izjavljujem da nema nikakvih potraživanja po polici te da ona nije u vlasništvu ili vinkulirana nekoj drugoj pravnoj ili fizičkoj osobi. Upoznat/a sam da otkupom police, polica prestaje biti važeća i da se prekidaju i ugovorena dopunska osiguranja. U slučaju sklapanja nove police životnog osiguranja nakon otkupa svjestan/na sam financijskih posljedica prekida kontinuiteta pripisa dobiti i prekida kontinuiteta prava na otkup.

* 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

Potpis ugovaratelja (i pečat za pravne osobe)	Mjesto i datum podnošenja zahtjeva
---	------------------------------------