

ZAHTJEV ZA KAPITALIZACIJU UGOVORA

Podaci o ugovaratelju osiguranja	
Ime i prezime/Naziv :	Broj ugovora:
Adresa prebivališta/sjedišta:	
Adresa za dostavu pošte (ako je različita od prebivališta): Napomena: za daljnju pisanu komunikaciju vezanu uz ovaj ugovor koristit ćemo dostavnu adresu	
OIB:	Kontakt telefon – fiksni:
e-mail adresa:	Kontakt telefon – mobilni:
Molim da se ugovor kapitalizira	<p>Ugovaratelj može zahtijevati kapitalizaciju ugovora sa štednom komponentom ako je od početka osiguranja proteklo najmanje 2 godine za ugovoreno trajanje do 15 godina odnosno 3 godine za ugovoreno trajanje 16 godina i dulje i ako su za to razdoblje plaćene premije osiguranja.</p> <p>U tom slučaju obveza plaćanja premije ne postoji, a osiguranje je na snazi do isteka, ali sa kapitaliziranom svotom osiguranja. Kapitalizacijom ugovora prestaju vrijediti sva dopunska osiguranja.</p> <p>Ugovor se može obnoviti sukladno pripadajućim Uvjetima za osiguranje života najkasnije u roku 12 mjeseci od isteka mjeseca za koji je plaćena posljednja premija.</p>
Molimo da u svrhu ispunjenja naše zakonske obveze prema Zakonu o sprječavanju pranja novca i financiranja terorizma odgovorite na slijedeća pitanja	
Jeste li ugovor sklopili u ime ili po nalogu nekog drugog? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Namjena/predviđena priroda poslovnog odnosa: <input type="checkbox"/> štednja <input type="checkbox"/> osiguranje <input type="checkbox"/> vinkulacija <input type="checkbox"/> _____	
Izvor sredstava korištenih za uplatu premije fizičke osobe: <input type="checkbox"/> plaća <input type="checkbox"/> uštedevina <input type="checkbox"/> nasljedstvo <input type="checkbox"/> _____	
Izvor sredstava korištenih za uplatu premije pravne osobe: <input type="checkbox"/> _____	
Zanimanje i djelatnost/djelatnost u kojoj ostvarujete prihode: _____	
Jeste li Vi, član Vaše uže obitelji, bliski suradnik ili stvarni vlasnik politički izložena osoba sukladno odredbama Zakona o sprječavanju pranja novca i financiranja terorizma? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <small>Ako DA molimo dostavite ispunjen obrazac „Politički izložena osoba“</small>	
Fizičke osobe:	Jeste li porezni rezident RH? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Jeste li porezni rezident druge države? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <small>Ako ste porezni rezident druge države molimo dostavite ispunjen obrazac „Izjava o poreznoj rezidentnosti-fizička osoba“</small>
	Sva državljanstva: Broj osobne iskaznice: Naziv i država izdavatelja:
Pravne osobe:	Molimo dostavite slijedeće obrasce: Izjava o poreznoj rezidentnosti – pravna osoba Podaci o beneficijarnim/stvarnim vlasnicima klijenata Izvod iz sudskog/obrtnog ili drugog javnog registra isprintan sa web stranice registra
Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio/la točno, istinito i potpuno. Također potvrđujem da sam upoznat/a s Informacijama o obradi podataka vezanih za ugovor o osiguranju koje su dospune na www.merkur.hr - Zaštita podataka.	
_____ Potpis/pečat i potpis ugovaratelja	
Prostor za ovjeru (Ispunjava djelatnik Merkur osiguranja d.d.)	
Podatke provjerio/la: Ime i prezime osobe odgovorne osobe: Datum zaprimanja zahtjeva	Pečat Ureda/prodajnog mjesta i potpis:

Uz ovaj zahtjev priloženo dostavljam original police osiguranja i kopiju osobne iskaznice.