

## ZAHTJEV ZA KAPITALIZACIJU UGOVORA

<b>Podaci o ugovaratelju osiguranja</b>	
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:
<b>Molim da se ugovor kapitalizira</b>	
<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 slučaju kapitalizacije ugovora 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>	
<b>Molimo da u svrhu ispunjenja zakonske obveze prema Zakonu o sprječavanju pranja novca i financiranja terorizma odgovorite na sljedeća pitanja</b>	
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"/> drugo	
Zanimanje i djelatnost/djelatnost u kojoj ostvarujete prihode:	
Izvor sredstava korištenih za uplatu premije fizičke osobe: <input type="checkbox"/> plaća <input type="checkbox"/> ušteđevina <input type="checkbox"/> nasljedstvo <input type="checkbox"/> drugo	
Izvor sredstava korištenih za uplatu premije pravne osobe:	
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 Ako DA molimo dostavite ispunjen obrazac „Politički izložena osoba“	
Fizičke osobe:	<p>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</p> <p>Ako ste porezni rezident druge države molimo dostavite ispunjen obrazac „Izjava o poreznoj rezidentnosti-fizička osoba“</p> <p>Sva državljanstva:</p> <p>Broj osobne iskaznice: _____ Naziv i država izdavatelja: _____</p>
Pravne osobe	<p>Molimo dostavite sljedeće obrasce:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Izjava o poreznoj rezidentnosti – pravna osoba</li> <li>• Podaci o beneficijarnim/stvarnim vlasnicima klijenata</li> <li>• Izvod iz sudskog/obrtnog ili drugog javnog registra isprintan sa web stranice registra</li> </ul>

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 dostupne na [www.merkur.hr](http://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)

Pečat Ureda/prodajnog mjesta i potpis:

Datum zaprimanja zahtjeva

Merkur osiguranje d.d., Ulica kneza Ljudevita Posavskog 31, 10 000 Zagreb, besplatni tel: 0800 360 360, fax: (01) 6157 130, OIB 089378354

**Obavezan privitak ovom zahtjevu je polica osiguranja i kopija osobne iskaznice ugovaratelja.**

**Vlastoručno potpisan/ovjeren zahtjev je potrebno dostaviti u originalu.**