



POLICA BR.

PRIJAVA TERMINALNE BOLESTI

Svi podaci koji se obrađuju temeljem ove Ponude/Police o ugovaratelju osiguranja, osiguraniku i korisniku osiguranja nužni su za sklapanje i izvršenje ugovora, a određeni podaci obrađuju se u svrhu ispunjenja pravnih (zakonskih) obveza osiguratelja.

| PODNOŠITELJ | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------------------|-------------------------|--|-----------|----------------------------------------------|---|-----------------------------------------|-----|--------------------------------------|--|----------------------------------|--|--|--|
| Ime i prezime / Naziv poslovnog subjekta <small>(puni naziv iz registra)</small> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datum rođenja | | | | | | | | | | OIB | | | | | | |
| Adresa prebivališta <small>(ulica i kućni broj, poštanski broj, mjesto, država)</small> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresa za kontakt <small>(ulica i kućni broj, poštanski broj, mjesto, država)</small> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ident. isprava | | | Osobna iskaznica | | | Putovnica | | | Broj identifikacijske isprave | | | | Naziv i država izdavatelja | | | |
| Državljanstvo (navesti sva) | | | | | | | | | HR | | Ostalo: | | | | | |
| PODACI O KORISNIKU OSIGURANJA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ime i prezime | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datum rođenja | | | | | | | | | | OIB | | | | | | |
| Adresa prebivališta <small>(ulica i kućni broj, poštanski broj, mjesto, država)</small> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresa za kontakt <small>(ulica i kućni broj, poštanski broj, mjesto, država)</small> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kontakt telefon | | | | E-mail | | | | | | | | | | | | |
| Ident. isprava | | | Osobna iskaznica | | | Putovnica | | | Broj identifikacijske isprave | | | | Naziv i država izdavatelja | | | |
| Državljanstvo (navesti sva) | | | | | | | | | HR | | Ostalo: | | | | | |
| Država rođenja SAD | | | | | | | | | DA | | NE | | | | | |
| Država porezne obveze i porezni ID broj <small>(ako država nije RH):</small> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Suglasan sam i obvezujem se bez odgađanja obavijestiti Društvo o svakoj promjeni okolnosti koja bi upućivala na moju povezanost sa SAD-om (primjerice stjecanje državljanstva SAD-a, zelene karte, adrese u SAD-u, telefonskom broju iz SAD-a i sl.). | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Molimo popuniti gore navedene podatke ako ih ranije niste dostavili ili je došlo do promjene istih i imate policu sa štednom komponentom. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IZJAVA UGOVARATELJA OSIGURANJA O IZVORU SREDSTAVA PLAĆANJA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Izvor sredstava plaćanja premije | | | | | | | <input type="checkbox"/> Plaća ili mirovina | | <input type="checkbox"/> Štednja | | <input type="checkbox"/> Nasljedstvo | | <input type="checkbox"/> Ostalo: | | | |
| Namjena isplate | | | | | | | <input type="checkbox"/> Za vlastite potrebe | | <input type="checkbox"/> Reinvestiranje | | <input type="checkbox"/> Štednja | | <input type="checkbox"/> Ostalo: | | | |
| PODACI ZA ISPLATU NAKNADE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Naziv banke | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IBAN broj | | | | | | H | | R | | | | | | | | |
| Model | | | | Poziv na broj odobrenja | | | | | | | | | | | | |
| Ime i prezime vlasnika računa | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datum rođenja | | | | | | | | | | OIB | | | | | | |
| Adresa prebivališta <small>(ulica i kućni broj, poštanski broj, mjesto, država)</small> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ident. isprava | | | Osobna iskaznica | | | Putovnica | | | Broj identifikacijske isprave | | | | Naziv i država izdavatelja | | | |
| Državljanstvo (navesti sva) | | | | | | | | | HR | | Ostalo: | | | | | |

| IZJAVA O POLITIČKOJ IZLOŽENOSTI KORISNIKA | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Jeste li politički izložena osoba, član uže obitelji politički izložene osobe (bračni, izvanbračni drug ili ekvivalent, roditelj, dijete) ili imate bliske poslovne odnose (blizak ste suradnik) s politički izloženom osobom? | | DA NE |
| U slučaju zaokruženog odgovora da, potrebno je dostaviti i popunjeni Upitnik o političkoj izloženosti. | | |
| <p>Osiguravajuće društvo je dužno, sukladno važećem <i>Zakonu o sprječavanju pranja novca i financiranja terorizma</i>, primijeniti odgovarajući postupak kojim se utvrđuje je li stranka politički izložena osoba. Politički izložena osoba je svaka fizička osoba koja djeluje ili je u proteklih najmanje 12 mjeseci djelovala na istaknutoj javnoj dužnosti u državi članici EU ili trećoj državi, uključujući i članove njezine uže obitelji i osobe za koje je poznato da su bliski suradnici politički izložene osobe. Fizičke osobe koje djeluju ili su djelovale na istaknutoj javnoj dužnosti su: predsjednici država, predsjednici vlada, ministri i njihovi zamjenici odnosno državni tajnici te pomoćnici ministara, izabrani članovi zakonodavnih tijela, članovi upravnih tijela političkih stranaka, suci vrhovnih ili ustavnih sudova ili drugi visoki pravosudni dužnosnici protiv čijih odluka, osim u iznimnim slučajevima, nije moguće koristiti pravne lijekove, suci revizorskih sudova, članovi savjeta središnjih banaka, veleposlanici, otpravnici poslova i visoki časnici oružanih snaga, članovi upravnih i nadzornih odbora trgovačkih društava koja su u vlasništvu ili većinskom vlasništvu države ili jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave te osobe koje obavljaju jednakovrijedne funkcije, direktori, zamjenici direktora, članovi odbora i osobe koje obavljaju jednakovrijedne funkcije u međunarodnoj organizaciji, općinski načelnici, gradonačelnici, župani i njihovi zamjenici izabrani na temelju zakona kojim se uređuju lokalni izbori u Republici Hrvatskoj. Članovi obitelji politički izložene osobe jesu: bračni drug ili osoba s kojom je politički izložena osoba u izvanbračnoj zajednici te osoba s kojom je politički izložena osoba u životnom partnerstvu ili osoba s kojom je politički izložena osoba u neformalnom životnom partnerstvu, djeca i njihovi bračni drugovi ili osobe s kojima su djeca politički izložene osobe u izvanbračnoj zajednici te osobe s kojima su djeca politički izložene osobe u životnom partnerstvu ili osobe s kojima su djeca politički izložene osobe u neformalnom životnom partnerstvu, roditelji politički izložene osobe. Bliski suradnik politički izložene osobe jest svaka fizička osoba za koju je poznato da ima zajedničko stvarno vlasništvo nad pravnom osobom ili pravnim uređenjem ili bilo koje druge bliske poslovne odnose s politički izloženom osobom ili koja je jedini stvarni vlasnik pravne osobe ili pravnoga uređenja za koje je poznato da su osnovani za dobrobit politički izložene osobe.</p> | | |
| PODACI O STANJU TEMELJEM KOJEG SE PODNOSI ZAHTEJ | | |
| Kronološki navedite imena svih liječnika i medicinskih ustanova kod kojih se osiguranik liječio, a koji su u pozadini stanja temeljem kojeg se podnosi ova prijava. | | |
| Datum | Ime liječnika, naziv ustanove | Pretraga, dijagnoza, tretman |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| IZJAVA | | |
| Svojim potpisom potvrđujem da sam dao istinite i točne podatke u ovom zahtjevu. | | |
| Mjesto i datum | Potpis korisnika ili osobe ovlaštene za zastupanje korisnika | |
| Ime i prezime / Naziv distributera | | |
| IZJAVA LIJEČNIKA SPECIJALISTE | | |
| Dijagnoza uočenog stanja bolesti temeljem koje se zahtijeva prijevremena isplata za slučaj terminalne bolesti: | | |
| Suglasan sam da je temeljem navedene dijagnoze i zatečenog stanja, a u skladu s iskustvenom medicinskom statistikom, očekivano trajanje života bilo kojeg pojedinca u ovakvom stanju kraće od godinu dana. | | |
| Mjesto i datum | Ime i prezime, specijalizacija, potpis i faksimil liječnika | |
| POPIS POTREBNE DOKUMENTACIJE | | |
| <input type="checkbox"/> polica osiguranja (original) ili ispunjena Izjava o neposjedovanju police <input type="checkbox"/> medicinska dokumentacija o liječenju <input type="checkbox"/> obostrana preslika identifikacijske isprave (osobne iskaznice ili putovnice) osiguranika <input type="checkbox"/> obostrana preslika identifikacijske isprave (osobne iskaznice ili putovnice) vlasnika računa <input type="checkbox"/> preslika kartice transakcijskog računa na koji se traži isplata. Zbog zaštite osobnih podataka, dostavljena preslika kartice transakcijskog računa treba biti isključivo bez vidljivog CVC koda. Wiener osiguranje Vienna Insurance Group d.d. neće odgovarati za eventualno pretrpljene štete i zlouporabu podataka koji su dostavljeni suprotno ovoj uputi | | |
| Ako je polica instrument osiguranja po kreditu (izdaje kreditor): | | |
| <input type="checkbox"/> Zahtjev za devinkulaciju/Obavijest o prestanku zaloga ili <input type="checkbox"/> stanje duga po kreditu | | |
| U svrhu utvrđivanja prava na isplatu i visinu isplate, osiguratelj zadržava pravo tražiti dodatnu dokumentaciju. | | |