

ZAHTJEV ZA KAPITALIZACIJOM OSIGURANJA

Polica/Ugovor
životnog osiguranja br.



Sava osiguranje, d.d. - Podružnica Hrvatska, OIB 45237012600, R. Frangeša Mihanovića 9, 10110 Zagreb, Hrvatska

Ispunjeni zahtjev predati u prodajni ured Sava osiguranja, d.d - Podružnica Hrvatska ili dostaviti preporučenom poštom na adresu:
Sava osiguranje, d.d - Podružnica Hrvatska, R. Frangeša Mihanovića 9, 10110 Zagreb

Ugovaratelj osiguranja	Ime i prezime/Naziv prav. osobe/Udruga/Zaklade/Vjerska zajed. i dr./Naziv obrta i prez. i ime vlasnika	OIB	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Poštanski broj	Mjesto	Adresa (ulica, kućni broj, kat)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ZAHTJEV:	Molim da se s danom <input type="text"/> izvrši kapitalizacija gore navedene police/ugovora o osiguranju života.
-----------------	--

FATCA i CRS	<p>Uz zahtjev obavezno priložiti i ispunjeni FATCA i CRS obrazac. Obрасce možete preuzeti na poveznici:</p> <p>Za ugovaratelje osiguranja fizičke osobe: www.sava-osiguranje.hr/media/store/hr-hr/doc/2024/Obrasci-prijave-steta/QF-3-517_v2---FATCA-i-CRS---fizicke-osobe.pdf</p> <p>Za ugovaratelje osiguranja pravne osobe: https://www.sava-osiguranje.hr/media/store/hr-hr/doc/2024/Obrasci-prijave-steta/QF-3-518_v2-FATCA-i-CRS-pravne-osobe.pdf</p> <p>Bez ispunjenog i dostavljenog FATCA i CRS obrasca nećemo moći udovoljiti Vašem zahtjevu.</p>
--------------------	--

NAPOMENA: Zahtjevu treba priložiti original police osiguranja

Mjesto i datum	Potpis i pečat ugovaratelja
----------------	-----------------------------