



POLICA BR.

PRIJAVA TEŠKE MALIGNE I 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 (puni naziv iz registra)													
Datum rođenja										OIB			
Adresa prebivališta (ulica i kućni broj, poštanski broj, mjesto, država)													
Adresa za kontakt (ulica i kućni broj, poštanski broj, mjesto, država)													
Ident. isprava		<input type="checkbox"/> Osobna iskaznica		<input type="checkbox"/> Putovnica		Broj identifikacijske isprave				Naziv i država izdavatelja			
Mjesto rođenja:						Država rođenja:							
Državljanstvo (navesti sva)				<input type="checkbox"/> HR		<input type="checkbox"/> Ostalo:							
PODACI O KORISNIKU OSIGURANJA													
Ime i prezime													
Datum rođenja										OIB			
Adresa prebivališta (ulica i kućni broj, poštanski broj, mjesto, država)													
Adresa za kontakt (ulica i kućni broj, poštanski broj, mjesto, država)													
Kontakt telefon				E-mail									
Ident. isprava		<input type="checkbox"/> Osobna iskaznica		<input type="checkbox"/> Putovnica		Broj identifikacijske isprave				Naziv i država izdavatelja			
Mjesto rođenja:						Država rođenja:							
Državljanstvo (navesti sva)				<input type="checkbox"/> HR		<input type="checkbox"/> Ostalo:							
Država rođenja SAD				<input type="checkbox"/> DA		<input type="checkbox"/> NE							
Država porezne obveze i porezni ID broj (ako država nije RH):													
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.).													
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?										<input type="checkbox"/> DA		<input type="checkbox"/> NE	
U slučaju zaokruženog odgovora da, potrebno je dostaviti i popunjeni Upitnik o političkoj izloženosti.													
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, 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.													

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 (ulica i kućni broj, poštanski broj, mjesto, država)													
Ident. isprava		<input type="checkbox"/> Osobna iskaznica		<input type="checkbox"/> Putovnica		Broj identifikacijske isprave				Naziv i država izdatelja			
Mjesto rođenja:						Država rođenja:							
Državljanstvo (navesti sva)				<input type="checkbox"/> HR		<input type="checkbox"/> Ostalo:							
PODACI O STANJU TEMELJEM KOJEG SE PODNOSI ZAHTJEV													
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 oko kojeg pojedinca u ovakvom stanju kraće od godinu dana.													
Mjesto i datum						Ime i prezime, specijalizacija, otpis i faksimil liječnika							
POPIS POTREBNE DOKUMENTACIJE													
<input type="checkbox"/> polica osiguranja (original) ili ispunjena Izjava o neposjedovanju police <input type="checkbox"/> medicinska dokumentacija kojom se dokazuje nastanak osiguranog slučaja na jedan od sljedećih načina: <ul style="list-style-type: none"> - patohistološka potvrda (PHD nalaz) kojom je teška maligna bolest pozitivno dijagnosticirana; - otpusno pismo ili druga medicinska dokumentacija od strane nadležnog liječnika specijalista u kojoj je teška maligna bolest pozitivno dijagnosticirana na način da je u nalazu citiran nalaz PHD dijagnostike ili je navedena postavljena dijagnoza temeljem PHD analize; - otpusno pismo ili druga medicinska dokumentacija od strane nadležnog liječnika specijalista bez PHD dijagnostike, kada je to klinički jasno i kada sa velikom vjerojatnošću nadležni liječnik specijalista utvrdi da se radi o teškoj malignoj bolesti <input type="checkbox"/> kontrolni nalaz pregleda s datumom nakon proteka 30 dana od dana postavljanja dijagnoze <input type="checkbox"/> obostrana preslika važeće identifikacijske isprave osiguranika <input type="checkbox"/> obostrana preslika važeće identifikacijske isprave 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 U svrhu utvrđivanja prava na isplatu i visinu isplate, osiguratelj zadržava pravo tražiti dodatnu dokumentaciju.													