

# PRIJAVA DOŽIVETJA

ali izplačila rente



436



Škodni spis št. ....

Polica št. ....

Prenos na novo polico:  DA

Prenos na obstoječo polico:  DA

Datum doživetja / začetka izplačevanja rente življenjskega zavarovanja: 01. ....

## 1. PODATKI O ZAVAROVALCU

Ime in priimek/Naziv: .....

Tel. št.: .....

## 2. PODATKI O ZAVAROVANI OSEBI

Ime in priimek: .....

Davčna št.: .....

## 3. PODATKI O UPRAVIČENCU I

Ime in priimek: .....

Tel. št.: .....

Kraj in država rojstva: .....

Datum rojstva: .....

Davčna št.: .....

Državljanstvo (navedite vsa državljanstva): .....

Elektronski naslov: .....

Ulica in hišna številka (stalno prebivališče): .....

Št. pošte (stalno prebivališče): .....

Kraj in država (stalno prebivališče): .....

Ulica in hišna številka (začasno prebivališče): .....

Št. pošte (začasno prebivališče): .....

Kraj in država (začasno prebivališče): .....

Naziv banke: .....

TRR: **SI56**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

## OSTALI PODATKI

V katerih državah ste rezident za davčne namene?

v Sloveniji

v drugi državi: ..... davčna št.: .....

Ali ste državljan ZDA oziroma rezident ZDA za davčne namene?

NE, nisem državljan ZDA oziroma rezident ZDA za davčne namene

DA, sem državljan ZDA oziroma rezident ZDA za davčne namene. Navedite vaš TIN (tax identification number) oz. SSN (social security number): .....

## IZPOLNI DISTRIBUTER ZAVAROVALNICE (prepišite podatke ob opravljenem vpogledu v osebni dokument)

Identifikacija fizične osebe izkazana (ustrezno označite):  s potnim listom  z osebno izkaznico  z vozniškim dovoljenjem

Številka: .....

Datum izdaje: .....

Veljavno do: .....

Izdajatelj: .....

Država izdaje: .....

Ime in priimek: .....

Država rojstva (če je navedena na dokumentu): .....

Naslov iz identifikacijskega dokumenta: .....

Datum identifikacije: .....

## 4. PODATKI O UPRAVIČENCU II

Ime in priimek: .....

Tel. št.: .....

Kraj in država rojstva: .....

Datum rojstva: .....

Davčna št.: .....

Državljanstvo (navedite vsa državljanstva): .....

Elektronski naslov: .....

Ulica in hišna številka (stalno prebivališče): .....

Št. pošte (stalno prebivališče): .....

Kraj in država (stalno prebivališče): .....

Ulica in hišna številka (začasno prebivališče): .....

Št. pošte (začasno prebivališče): .....

Kraj in država (začasno prebivališče): .....

Naziv banke: .....

TRR: **SI56**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

## OSTALI PODATKI

V katerih državah ste rezident za davčne namene?

v Sloveniji

v drugi državi: ..... davčna št.: .....

## OSTALI PODATKI

Ali ste državljan ZDA oziroma rezident ZDA za davčne namene?

- NE, nisem državljan ZDA oziroma rezident ZDA za davčne namene  
 DA, sem državljan ZDA oziroma rezident ZDA za davčne namene. Navedite vaš TIN (tax identification number) oz. SSN (social security number):

## IZPOLNI DISTRIBUTER ZAVAROVALNICE (prepišite podatke ob opravljenem vpogledu v osebni dokument)

Identifikacija fizične osebe izkazana (ustrezno označite):  s potnim listom  z osebno izkaznico  z vozniškim dovoljenjem

Številka: Datum izdaje: Veljavno do: Izdajatelj: Država izdaje:

Ime in priimek: Država rojstva (če je navedena na dokumentu):

Naslov iz identifikacijskega dokumenta: Datum identifikacije:

## 5. IZJAVA O PRENOSU SREDSTEV NA DRUGO POLICO

Upravičenec za doživetje po polici življenjskega zavarovanja št. .... se strinjam, da se znesek doživetja iz tega zavarovanja:

1.  v celoti  v višini ..... EUR prenese kot enkratna premija na novo sklenjeno življenjsko zavarovanje po ponudbi številka ..... z začetkom zavarovanja .....
2.  v celoti  v višini ..... EUR prenese kot izredna premija na obstoječe naložbeno zavarovanje številka .....\*

Podpis upravičenca I:

Podpis upravičenca II:

\* V primeru prenosa zavarovalnine na obstoječe naložbeno zavarovanje se izpolni tudi obrazec OBR-ŽIV 553.  
V primeru prenosa zavarovalnine na drugo življenjsko zavarovanje mora biti zavarovalec po novi ponudbi upravičenec po obstoječi polici.

## 6. PRILOGE

- Fotokopija bančne kartice upravičenca-ev;  
 Potrdilo o devinkulaciji ali potrdilo o prenehanju zastave (v primeru vinkulacije ali zastave police);  
 Drugo: .....

## 7. IZJAVE

Izjavljam, da so vse moje zgornje navedbe resnične. Ugotovljena neresničnost mojih navedb ima lahko poleg zavrnitve izplačila zavarovalnine tudi znake kaznivega dejanja, na kar sem bil ob izpolnjevanju tega obrazca izrecno opozorjen. Seznanjen sem z informacijo o obdelavi osebnih podatkov, ki je dostopna tudi na [www.general.si/vop](#). Seznanjen sem, da lahko zavarovalnica podatke iz tega obrazca posreduje pristojnim davčnim organom.

V primeru sprememb podatkov se obvezujem, da bom zavarovalnico nemudoma pisno obvestil.

Kraj in datum:

Podpis upravičenca I:

Podpis upravičenca II:

## IZPOLNI DISTRIBUTER (podpišete se po vnosu potrebnih podatkov pri rubriki podatki o upravičencu)

S svojim podpisom jamčim za točnost in pravilnost vpisanih podatkov in potrjujem, da sem vpogledal v osebni dokument fizične osebe ter ugotovil istovetnost zgoraj navedenih podatkov o transakcijskem računu upravičenca na podlagi bančne kartice.

Ime in priimek distributerja:

ORGA šifra:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Podpis distributerja: