



Škodni spis št.

Polica št.

436

1. PODATKI O OTROKU

Ime in priimek:	Datum rojstva:
-----------------	----------------

2. PODATKI O UPRAVIČENCIH

MATI		
Ime in priimek:	Datum rojstva:	Davčna številka:
Ulica in hišna številka:	Poštna številka in kraj:	Država:
Elektronski naslov:	Tel. št.:	
Naziv banke:	TRR: SI56 <input type="text"/>	

OČE		
Ime in priimek:	Datum rojstva:	Davčna številka:
Ulica in hišna številka:	Poštna številka in kraj:	Država:
Elektronski naslov:	Tel. št.:	
Naziv banke:	TRR: SI56 <input type="text"/>	

3. PODATKI O ZAVAROVANJU

	MATI	OČE
Številka police:		
Datum začetka zavarovanja:		

4. PRILOGE

Izpis iz matične knjige rojstev

Drugo:

5. IZJAVE IN SOGLASJA

Izjavljam, da so vse navedbe v obrazcu resnične, pravilne in popolne. Ugotovljena neresničnost mojih navedb ima lahko poleg zavrnitve izplačila zavarovalnine tudi znake kaznivega dajanja, na kar sem bil/-a ob izpolnjevanju tega obrazca izrecno opozorjen/-a. Seznanjen/-a sem, da lahko GENERALI zavarovalnica d. d. pridobi od zdravstvenih ustanov, organov pregona in drugih državnih organov vso zdravstveno in drugo dokumentacijo, ki je potrebna za ugotovitev temelja in višine obveznosti zavarovalnice. Informacija o obdelavi osebnih podatkov je dostopna na www.generali.si/vop.

Kraj in datum:	Podpis upravičenca:
----------------	---------------------