



Škodni spis št.

Polica št.

436

1. PODATKI O ZAVAROVALCU

Ime in priimek/naziv:	Tel. št.:
-----------------------	-----------

2. PODATKI O ZAVAROVANI OSEBI

Ime in priimek:	Ulica in hišna številka:	
Datum rojstva:	Davčna številka:	Poštna št. in kraj:

3.A PODATKI O UPRAVIČENCU (fizična oseba)

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):	Poštna št. (stalno prebivališče):	Kraj in država (stalno prebivališče):
Ulica in hišna številka (začasno prebivališče):	Poštna št. (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"/>	
Poklic oz. delo:		
Razmerje med zavarovalcem in upravičencem:	<input type="checkbox"/> družinski član (sorodstvene, zakonske, partnerske vezi) <input type="checkbox"/> drugo (navedite):	

OSTALI PODATKI (izpolnite le pri življenjskem zavarovanju)

V katerih državah ste rezident za davčne namene?	
<input type="checkbox"/> v Sloveniji	
<input type="checkbox"/> v drugi državi:	davčna št.:
Ali ste državljan ZDA oziroma rezident ZDA za davčne namene?	
<input type="checkbox"/> NE, nisem državljan ZDA oziroma rezident ZDA za davčne namene	
<input type="checkbox"/> DA, sem državljan ZDA oziroma rezident ZDA za davčne namene. Navedite svoj TIN (tax identification number) oz. SSN (social security number):	

3.B PODATKI O UPRAVIČENCU (pravna oseba)

Naziv:	Tel. št.:	
Naslov:	Sedež:	
Država ustanovitve:	Leto ustanovitve:	
Pravna oblika:	Matična številka:	Davčna številka:
Razmerje med zavarovalcem in upravičencem:	<input type="checkbox"/> zaposlitveno/vodstveno razmerje <input type="checkbox"/> družinsko ali osebno razmerje z delničarji <input type="checkbox"/> drugo (navedite):	
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"/>	
Glavna država opravljanja dejavnosti (država, v kateri opravite večino svojega poslovanja):		

4. PODATKI O DOGODKU

Datum dogodka:	
Vzrok smrti zavarovane osebe (ustrezno označite):	<input type="checkbox"/> bolezen <input type="checkbox"/> nezgoda <input type="checkbox"/> samomor <input type="checkbox"/> umor <input type="checkbox"/> drugo:
Kraj smrti (naziv bolnišnice, domači naslov ...):	
IZPOLNITE V PRIMERU SMRTI ZARADI BOLEZNI	
Naziv bolezni:	
Datum začetka zdravljenja bolezni:	
Zdravnik, ki je zavarovano osebo zdravil in kraj zdravljenja (ime in priimek zdravnika ter naziv zdravstvene ustanove):
IZPOLNITE V PRIMERU SMRTI ZARADI NEZGODE	
Točen opis nastanka nezgode: (pri kakšnem opraviilu, na kakšen način, vzrok)
Ali je nezgodo obravnavala policija? Katera?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, PP zapisnik: <input type="checkbox"/> DA
Priče nastanka nezgode (ime, priimek, naslov, tel. št.):

5. PRILOGE

<input type="checkbox"/> izpisek iz matične knjige umrlih
<input type="checkbox"/> dokazilo o vzroku smrti (obrazec Statističnega urada RS)
<input type="checkbox"/> obdukcijski zapisnik (če je bila opravljena obdukcija)
<input type="checkbox"/> v primeru smrti zaradi bolezni zdravstveni karton za čas treh let pred sklenitvijo zavarovanja
<input type="checkbox"/> v primeru smrti zaradi bolezni vsi specialistični izvidi zdravljenja, pridobljeni v času zdravljenja
<input type="checkbox"/> sklep o dedovanju (če so kot upravičenci določeni zakoniti dediči)
<input type="checkbox"/> policijski zapisnik (v primeru nezgode)
<input type="checkbox"/> drugo:

6. IZJAVE IN SOGLASJA

Izjavljam, da so vse moje zgornje navedbe resnične. Ugotovljena neresničnost mojih navedb ima lahko poleg zavrnitve izplača zavarovalnine tudi znake kaznivega dejanja, na kar sem bil/-a ob izpolnjevanju tega obrazca izrecno opozorjen/-a. Pooblaščam zavarovalnico Generali d. d. in ji dovoljujem, da lahko od vseh zdravstvenih in drugih ustanov ter organov pregona v mojem imenu zahteva in zbira vso zdravstveno in drugo dokumentacijo, ki je potrebna za ugotovitev temelja in višine obveznosti zavarovalnice. Seznanjen/-a sem z informacijo o obdelavi osebnih podatkov, ki je dostopna tudi na www.generali.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/-a.

Kraj in datum:	Podpis upravičenca/zakonitega zastopnika:
----------------	---

IZPOLNI DISTRIBUTER ZAVAROVALNICE (prepišite podatke ob opravljenem vpogledu v osebni dokument)Identifikacija fizične osebe izkazana (ustrezno označite): s potnim listom z osebno izkaznico

Številka:	Datum izdaje:	Velja do:	Izdajatelj:	Država izdaje:
Ime in priimek:		Država rojstva (če je navedena na dokumentu):		Datum identifikacije:

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

Ime in priimek distributerja:	Podpis distributerja:
Šifra ORGA: <input type="text"/>	

Če je upravičenec mladoletna oseba, je treba identificirati in izpolniti obrazec »Identifikacija fizične osebe« za zakonitega zastopnika mladoletne osebe. Za mladoletno osebo se zberejo podatki na tem obrazcu.