



Škodni spis št. ....

Polica št. ....

436

**1. PODATKI O ZAVAROVALCU**

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

**2. PODATKI O ZAVAROVANI OSEBI**

Ime in priimek:	EMŠO:
Ulica in hišna številka:	Št. pošte in kraj:

**3. PODATKI O UPRAVIČENCU**

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: <b>SI56</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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** (izpolnite le pri življenjskem zavarovanju)

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): .....

**5. 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 in 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.):	

## 6. PRILOGE

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

## 7. IZJAVE IN SOGLASJA

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/a ob izpolnjevanju tega obrazca izrecno opozorjen. Pooblaščam in dovoljujem zavarovalnici Generali d.d., 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 sem z informacijo o obdelavi osebnih podatkov, ki je dostopna tudi na [www.generali.si/vop](http://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.

Kraj in datum:

Podpis upravičenca:

### 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:

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:

Podpis distributerja:

ORGA šifra:

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