

Ali ste državljan ZDA oziroma rezident ZDA za davčne namene?	<input type="checkbox"/> DA, sem državljan ZDA oziroma rezident ZDA za davčne namene (prosimo, navedite vaš TIN (tax identification number) oz. SSN (social security number))
	<input type="checkbox"/> NE, nisem državljan ZDA oziroma rezident ZDA za davčne namene.

Spodaj podpisani:

- 1) razumem, da so informacije, ki sem jih posredoval, varovane v skladu z določbami o splošnih pogojih, ki urejajo odnos imetnika računa z zavarovalnico in ki določajo, kako lahko zavarovalnica uporabi in razkriva informacije, ki sem jih dostavil;
- 2) sem seznanjen, da se informacije v tem obrazcu ter druge informacije o meni kot imetniku računa in o vsakem računu, o katerem se poroča, lahko posredujejo davčnemu organu države, v kateri je odprt/voden račun ter se izmenjajo s pristojnim organom druge države, v katerih sem rezident za davčne namene, v skladu z mednarodnim dogovorom o izmenjavi informacij o finančnih računih;
- 3) zavezujem se, da bom zavarovalnico nemudoma obvestil o vsaki spremembi okoliščin, ki vplivajo na spremembo statusa davčnega rezidentstva ter bom dostavil novo samopotrdilo in izjavo skladno s spremembami okoliščin, v roku 15 dni od nastopa spremembe.

Vprašalnik o politični izpostavljenosti osebe

Ali ste politično izpostavljena oseba?	<input type="checkbox"/> NE, nisem politično izpostavljena oseba.
	<input type="checkbox"/> DA, sem politično izpostavljena oseba. Obvezna izpolnitev obrazca OBR-ŽIV 554 vprašalnik za politično izpostavljene osebe.

3.B PODATKI O UPRAVIČENCU (pravna oseba)

Naziv:	Tel. št.:	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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

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. IZJAVA

Izjavljam, da so vse navedbe v obrazcu resnične, pravilne in popolne. 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/-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/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:

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

V primeru, da je upravičenec mladoletna oseba, je treba zakonitega zastopnika mladoletne osebe identificirati in izpolniti obrazec OBR-ŽIV 528 Identifikacija fizične osebe. Za mladoletno osebo se zberejo podatki na tem obrazcu. Pri pravnih osebah je treba izpolniti obrazec OBR-ŽIV 527 Identifikacija pravne osebe.