

SPREMEMBE OSEBNIH PODATKOV



Številka police:

PODATKI O ZAVAROVALCU

Ime in priimek/Naziv:		Matična številka (za pravne osebe):
Datum, kraj in država rojstva:	Državljanstvo:	Davčna številka:
Ulica in hišna številka/Sedež (stalni naslov):	Št. pošte in kraj (stalni naslov):	Država (stalni naslov):
Ulica in hišna številka/Sedež (začasni naslov):	Št. pošte in kraj (začasni naslov):	Država (začasni naslov):
Elektronski naslov:	Tel. številka:	Kontaktna oseba (za pravne osebe):
V katerih državah ste rezident za davčne namene? ¹ (navedite vse države in davčne številke oziroma identifikacijske številke za davčne namene v teh državah)	<input type="checkbox"/> v Sloveniji	
	<input type="checkbox"/> v drugih državah:	
 (država) (davčna številka)
 (država) (davčna številka)
 (država) (davčna številka)
Ali ste državljan ZDA oziroma rezident ZDA za davčne namene? ²	<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.	

¹Obveznost dolžne skrbnosti, zbiranja in poročanja informacij davčnemu organu za namene CRS v skladu z 255.b členom Zakona o davčnem postopku – ZdavP-2.
²Obveznost dolžne skrbnosti, zbiranja in poročanja informacij davčnemu organu za namene FATCA v skladu z 266.c členom Zakona o davčnem postopku – ZdavP-2.

SPREMEMBA IMENA/PRIIMKA

zavarovalca zavarovane osebe

Ime in priimek:

SPREMEMBA NASLOVA

zavarovalca zavarovane osebe

Ulica in hišna številka/Sedež (stalni naslov):	Št. pošte in kraj (stalni naslov):	Država (stalni naslov):
Ulica in hišna številka/Sedež (začasni naslov):	Št. pošte in kraj (začasni naslov):	Država (začasni naslov):

SPREMEMBA OSEBNEGA DOKUMENTA ZAVAROVALCA

Vrsta osebnega dokumenta: potni list osebna izkaznica vozniško dovoljenje

Številka dokumenta:	Datum izdaje:	Veljavno do:	Izdajatelj:
---------------------	---------------	--------------	-------------

SPREMEMBA KONTAKTNIH PODATKOV

zavarovalca zavarovane osebe

Elektronski naslov ³ :	Tel. številka:
-----------------------------------	----------------

³Pri spremembi elektronskega naslova, ki je vključeno v elektronsko obveščanje, je treba izpolniti novo Soglasje za elektronsko obveščanje.

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