



GENERALI zavarovalnica d.d.
Kržičeva ulica 3, SI – 1000 Ljubljana
T +386 (0)1 47 57 100, 080 70 77
info.si@generali.com
generali.si

Prijava smrti

Škodni spis št.:

Polica št.:

PODATKI O ZAVAROVALCU

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

PODATKI O ZAVAROVANI OSEBI

Ime in priimek ter naslov:	EMŠO:
----------------------------	-------

PODATKI O UPRAVIČENCU I

Ime in priimek:	Datum in kraj rojstva:	Davčna št.:
Ulica in hišna št. (stalni naslov):	Št. pošte in kraj (stalni naslov):	Država (stalni naslov):
Ulica in hišna št. (začasni naslov):	Št. pošte in kraj (začasni naslov):	Država (začasni naslov):
Tel. št.:	Državljanstvo:	Vrsta osebnega dokumenta: <input type="checkbox"/> osebna izkaznica <input type="checkbox"/> potni list
Elektronski naslov:	Št. osebnega dokumenta: Velja do:..... Naziv izdajatelja:	
Naziv banke:	Transakcijski račun: S156 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

PODATKI O UPRAVIČENCU II

Ime in priimek:	Datum in kraj rojstva:	Davčna št.:
Ulica in hišna št. (stalni naslov):	Št. pošte in kraj (stalni naslov):	Država (stalni naslov):
Ulica in hišna št. (začasni naslov):	Št. pošte in kraj (začasni naslov):	Država (začasni naslov):
Tel. št.:	Državljanstvo:	Vrsta osebnega dokumenta: <input type="checkbox"/> osebna izkaznica <input type="checkbox"/> potni list
Elektronski naslov:	Št. osebnega dokumenta: Velja do:..... Naziv izdajatelja:	
Naziv banke:	Transakcijski račun: S156 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

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.):	

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"/> fotokopija bančne kartice (stran, iz katere je razvidna št. TRR) <input type="checkbox"/> drugo:
--

Izpolnite le pri življenjskem zavarovanju

Izjavljam*: <input type="checkbox"/> DA, sem državljan ZDA <input type="checkbox"/> DA, sem rezident ZDA za davčne namene <input type="checkbox"/> NE, nisem nič od naštetega
Izjavljam, da:** <input type="checkbox"/> sem rezident za davčne namene Republike Slovenije <input type="checkbox"/> sem rezident za davčne namene (vpišite državo), davčna številka
V primeru sprememb podatkov se obvezujem, da bom zavarovalnico nemudoma pisno obvestil/a.

*obveznost dolžne skrbnosti, zbiranja in poročanja informacij – FATCA skladno z zakonskimi določili o davčnem postopku

**obveznost dolžne skrbnosti, zbiranja in poročanja informacij – CRS skladno z zakonskimi določili o davčnem postopku

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 .	
Kraj in datum:	
Podpis upravičenca I:	Podpis upravičenca II:

IZJAVA O UGOTOVITVI ISTOVETNOSTI (izpolni predstavnik zavarovalnice)

Kopija osebnih dokumentov ni potrebna, če identifikacijo ter ugotovitev istovetnosti podatkov o transakcijskem računu in davčni številki upravičenca/prejemnika zavarovalnine opravi predstavnik zavarovalnice. Predstavnik zavarovalnice jamči za pravilnost in verodostojnost osebnih podatkov upravičenca/prejemnika zavarovalnine.	
Spodaj podpisani izjavljam, da sem opravil identifikacijo upravičenca/ (ime in priimek predstavnika zavarovalnice) prejemnika zavarovalnine na podlagi osebnega dokumenta s fotografijo ter ugotovil istovetnost podatkov o transakcijskem računu ter davčni številki upravičenca/prejemnika zavarovalnine na podlagi bančne kartice ter dokazila o davčni številki.	
Kraj in datum:	Podpis predstavnika zavarovalnice: