

# Prijava smrti

## 1. PODATKI O ZAVAROVALCU

Ime in priimek/Naziv:

Tel. št.:

## 2. PODATKI O ZAVAROVANI OSEBI

Ime in priimek, naslov:

EMŠO:

## 3. PODATKI O UPRAVIČENCU I

Priimek in ime/Naziv:

Datum, kraj in država rojstva:

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):

Tel. št.:

Državljanstvo:

Vrsta osebnega dokumenta:

 osebna izkaznica

 potni list

Elektronski naslov:

Št. osebnega dokumenta:

Velja do:

Kontaktna oseba (za podjetja):

Naziv izdajatelja:

Naziv in BIC banke:

 Transakcijski račun: **SI56**

## 4. PODATKI O UPRAVIČENCU II

Priimek in ime/Naziv:

Datum, kraj in država rojstva:

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):

Tel. št.:

Vrsta osebnega dokumenta:

 osebna izkaznica

 potni list

Elektronski naslov:

Št. osebnega dokumenta:

Velja do:

Kontaktna oseba (za podjetja):

Naziv izdajatelja:

Naziv in BIC banke:

 Transakcijski račun: **SI56**

## 5. PODATKI O DOGODKU

Datum dogodka:

Vzrok smrti zavarovane osebe (ustrezno označite):

 bolezen

 nezgoda

 samomor

 umor

 drugo:

Kraj smrti (naziv bolnišnice, domači naslov ...):

Izpolnite v primeru smrti zaradi bolezni

Naziv bolezni:

Datum začetka zdravljenja bolezni:

Kraj zdravljenja (naziv zdravstvene ustanove):

Zdravnik (ime in priimek):

Izpolnite v primeru smrti zaradi nezgode

 Točen opis nastanka nezgode:  
(pri katerem opraviilu, na kakšen način, vzrok nezgode)

Ali je nezgodni dogodek obravnavala policija? Katera?

 NE

 DA, PP

 ....., zapisnik:  DA

Priče nastanka nezgode (ime, priimek, naslov, telefon):

## 6. PRILOGE

- izpisek iz matične knjige umrlih
- dokazilo o vzroku smrti (obrazec Statističnega urada RS)
- obdukcijski zapisnik (v kolikor 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 (izključno prva stran)
- fotokopija osebnega dokumenta
- drugo: .....

Zavarovalnica si pridržuje pravico do pridobivanja dodatne dokumentacije, če bo to potrebno za ugotovitev njene obveznosti. Pridobljeni podatki se bodo uporabili le za namene ugotavljanja obstoja in višine obveznosti zavarovalnice na podlagi zavarovalne pogodbe.

## 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/a. Pooblašчам in dovoljujem zavarovalnici Adriatic Slovenica 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.as.si/vop](http://www.as.si/vop).

Izpolnite pri življenjskem zavarovanju

Izjavljam\*:

- DA, sem državljan ZDA.
- DA, sem rezident ZDA za davčne namene.
- NE, nisem nič od naštetega.

Izjavljam, da\*\*:

- sem rezident za davčne namene Republike Slovenije.
- sem rezident za davčne namene (vpišite državo) \_\_\_\_\_, davčna številka \_\_\_\_\_ .\*\*\*

V primeru sprememb podatkov se obvezujem, da bom zavarovalnico nemudoma pisno obvestil.

Kraj in datum:

Podpis upravičenca I:

Podpis upravičenca II:

\*Obveznost dolžne skrbnosti, zbiranja in poročanja informacij - FATCA v skladu z 266.c členom Zakona o davčnem postopku – ZdavP-2.

\*\*Obveznost dolžne skrbnosti, zbiranja in poročanja informacij - CRS v skladu z 255.b členom Zakona o davčnem postopku – ZdavP-2.

\*\*\*Če ste rezident za davčne namene v več državah, vpišite podatke za vse države.

## 8. IZJAVA O UGOTOVITVI ISTOVETNOSTI

(izpolni predstavnik zavarovalnice)

Kopija osebnih dokumentov ni potrebna, v kolikor 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 \_\_\_\_\_ (ime in priimek predstavnika zavarovalnice, naziv OE) izjavljam, da sem opravil/a identifikacijo upravičenca/prejemnika nakazila zavarovalnine na podlagi osebnega dokumenta s fotografijo ter ugotovil/a istovetnost podatkov o transakcijskem računu ter davčni številki upravičenca/prejemnika zavarovalnine na podlagi bančne kartice ter dokazila o davčni številki.

Kraj in datum:

Podpis:

Ime in priimek predstavnika zavarovalnice: