



GENERALI zavarovalnica d.d. Ljubljana

Kržičeva 3, SI-1000 Ljubljana

T +386 (0)1 47 57 100, 080 70 77

F +386 (0)1 47 57 101

info.si@generali.com

generali.si

# Prijava smrti

1. polica št.: \_\_\_\_\_ 1. Škodna št. (izpolni GENERALI d.d.): \_\_\_\_\_

2. polica št.: \_\_\_\_\_ 1. Škodna št. (izpolni GENERALI d.d.): \_\_\_\_\_

3. polica št.: \_\_\_\_\_ 1. Škodna št. (izpolni GENERALI d.d.): \_\_\_\_\_

## 1. Podatki o sklenitelju zavarovanja - zavarovalcu

a) Priimek in ime sklenitelja oz. naziv samostojnega podjetnika oz. pravne osebe - zavarovalca:

a) \_\_\_\_\_

b) Davčna številka:

b) \_\_\_\_\_

c) EMŠO:

c) \_\_\_\_\_

d) Ulica, hišna številka, kraj in poštna številka:

d) \_\_\_\_\_

## 2. Podatki o zavarovancu

a) Priimek in ime zavarovanca:

a) \_\_\_\_\_

b) Davčna številka:

b) \_\_\_\_\_

c) EMŠO:

c) \_\_\_\_\_

d) Ulica, hišna številka, kraj in pošta:

d) \_\_\_\_\_

e) Kraj in država rojstva:

e) \_\_\_\_\_

f) Poklic zavarovanca, naziv delodajalca, kakšno delo je opravljal v tem podjetju:

f) \_\_\_\_\_

## 3. Podatki o zavarovalnem primeru

a) Datum in ura smrti:

a) \_\_\_\_\_

b) Kraj smrti (ulica, hišna številka, opis kraja in prostora):

b) \_\_\_\_\_

## 4. Podatki o osebnem (izbranem) zdravniku zavarovanca

a) Ime in priimek osebnega zdravnika:

a) \_\_\_\_\_

b) Zdravstvena ustanova (zdravstveni dom in naslov):

b) \_\_\_\_\_

## 5. Na spodnja vprašanja odgovorite v primeru, da je vzrok smrti bolezen

a) Katera bolezen je bila vzrok smrti?

a) \_\_\_\_\_

b) Od kdaj se je pokojni zdravil?

b) \_\_\_\_\_

c) Kdaj je bila prvič postavljena diagnoza?

c) \_\_\_\_\_

d) Kraj zdravljenja ter ime lečečega zdravnika:

d) \_\_\_\_\_

## 6. Na spodnja vprašanja odgovorite v primeru, da je vzrok smrti nezgoda

a) Ob kateri dejavnosti je nastopila smrt?

a) \_\_\_\_\_

b) Navedite natančen opis nezgode:

b) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c) Je bil pokojni pod vplivom alkohola?

c) \_\_\_\_\_

d) Ali obstaja sum samomora?

d) \_\_\_\_\_

e) Ali obstaja sum, da je smrt povzročila tretja oseba?

e) \_\_\_\_\_

f) Ime in priimek osebe, ki je pokojnemu nudila prvo pomoč:

f) \_\_\_\_\_

g) Ali je bila opravljena obdukcija (v primeru, da je bila, kje in v kateri ustanovi)?

g) \_\_\_\_\_

h) Ali je bila uvedena preiskava (v primeru, da je bila, kje in v kateri ustanovi)?

h) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

i) Ali je bil narejen policijski zapisnik (katera policijska postaja)?

i) \_\_\_\_\_

**7. Na spodnja vprašanja odgovorite v primeru, da je vzrok smrti prometna nezgoda**

	Motorno vozilo zavarovanca	Motorno vozilo drugega udeleženca
Vrsta vozila:		
Registrska številka:		
Ime in priimek voznika:		

**8. Podatki o upravičencih zavarovanja (obvezno je potrebno priložiti kopijo osebnega dokumenta in bančne kartice upravičenca, če so upravičenci zakoniti dediči je potrebno priložiti sklep sodišča o dedovanju)**

<b>Upravičenec 1*:</b> (ime in priimek/naziv samostojnega podjetnika oz. pravne osebe)			
EMŠO:			
Davčna številka:			
Naslov iz identifikacijskega dokumenta:		Ulica, hišna št.	Poštna št. Kraj Država
Drug naslov stalnega prebivališča**:		<input type="checkbox"/> DA	Ulica, hišna št. Poštna št. Kraj Država
Naslov začasnega prebivališča:		Ulica, hišna št.	Poštna št. Kraj Država
Državljanstvo:			
<input type="checkbox"/> slovensko		<input type="checkbox"/> drugih držav (navedite vsa): _____	
Ali ste državljan ZDA/imate prebivališče v ZDA? (obkrožite in po potrebi dopolnite)			
<input type="checkbox"/> NE, NISEM		<input type="checkbox"/> DA, SEM (navedite okoliščine): _____	
Izjavljam, da nisem politično izpostavljena oseba***:			
<input type="checkbox"/> DA, NISEM		<input type="checkbox"/> NE, SEM politično izpostavljena oseba	
<b>Številka transakcijskega računa:</b> (obvezno priložite fotokopijo svoje bančne kartice)		Ime banke:	
Kontaktna telefonska številka:		E-pošta:	
* Če je upravičenec samostojni podjetnik, mora izpolniti Obrazec za samostojne podjetnike, če pa je upravičenec pravna oseba, mora izpolniti Obrazec za pravne osebe. ** Šteje se, da je naslov iz identifikacijskega dokumenta enak naslovu stalnega prebivališča. Če iz identifikacijskega dokumenta ni razviden naslov stalnega prebivališča ali njegova sprememba, se ta pridobi iz druge veljavne javne listine, ki jo predloži upravičenec, oz. neposredno od njega, pri čemer se naslov stalnega prebivališča navede posebej v rubriki Drug naslov stalnega prebivališča in obkroži odgovor DA. *** Vsaka fizična oseba, ki deluje ali je v zadnjem letu delovala na vidnem javnem položaju v kateri koli državi, vključno z njenimi ožjimi družinskimi člani in ožjimi sodelavci. Če je odgovor NE, upravičenec izpolni Vprašalnik za politično izpostavljene osebe.			
Identifikacija upravičenca izkazana (ustrezno označite): <input type="checkbox"/> s potnim listom <input type="checkbox"/> z osebno izkaznico <input type="checkbox"/> z vozniskim dovoljenjem			
Št. dokumenta	Datum izdaje	Datum veljavnosti	Izdal organ

Zagotavljam, da so vse navedbe resnične in jamčim za njihovo točnost, tudi če niso napisane lastnoročno. Pooblaščam zavarovalnico GENERALI d.d., da poizveduje in ima vpogled v vse akte, ki so povezani z zavarovalnim primerom in da si jih prepíše ali fotokopira.

Kraj

Datum

Podpis upravičenca

**Pri mladoletnih tudi podpis zakonitega zastopnika**  
(zakoniti zastopnik mora izpolniti svoj obrazec za fizične osebe)

<b>Upravičenec 2*:</b> (ime in priimek/naziv samostojnega podjetnika oz. pravne osebe)			
EMŠO:			
Davčna številka:			
Naslov iz identifikacijskega dokumenta:		Ulica, hišna št.	Poštna št.    Kraj    Država
Drug naslov stalnega prebivališča**:		<input type="checkbox"/> DA	
		Ulica, hišna št.	Poštna št.    Kraj    Država
Naslov začasnega prebivališča:		Ulica, hišna št.	Poštna št.    Kraj    Država
Državljanstvo:			
<input type="checkbox"/> slovensko		<input type="checkbox"/> drugih držav (navedite vsa): _____	
Ali ste državljan ZDA/imate prebivališče v ZDA? (obkrožite in po potrebi dopolnite)			
<input type="checkbox"/> NE, NISEM		<input type="checkbox"/> DA, SEM (navedite okoliščine): _____	
Izjavljam, da nisem politično izpostavljena oseba***:			
<input type="checkbox"/> DA, NISEM		<input type="checkbox"/> NE, SEM politično izpostavljena oseba	
Številka transakcijskega računa: (obvezno priložite fotokopijo svoje bančne kartice)		Ime banke:	
Kontaktna telefonska številka:		E-pošta:	
* Če je upravičenec samostojni podjetnik, mora izpolniti Obrazec za samostojne podjetnike, če pa je upravičenec pravna oseba, mora izpolniti Obrazec za pravne osebe. ** Šteje se, da je naslov iz identifikacijskega dokumenta enak naslovu stalnega prebivališča. Če iz identifikacijskega dokumenta ni razviden naslov stalnega prebivališča ali njegova sprememba, se ta pridobi iz druge veljavne javne listine, ki jo predloži upravičenec, oz. neposredno od njega, pri čemer se naslov stalnega prebivališča navede posebej v rubriki Drug naslov stalnega prebivališča in obkroži odgovor DA. *** Vsaka fizična oseba, ki deluje ali je v zadnjem letu delovala na vidnem javnem položaju v kateri koli državi, vključno z njenimi ožjimi družinskimi člani in ožjimi sodelavci. Če je odgovor NE, upravičenec izpolni Vprašalnik za politično izpostavljene osebe.			
Identifikacija upravičenca izkazana (ustrezno označite): <input type="checkbox"/> s potnim listom <input type="checkbox"/> z osebno izkaznico <input type="checkbox"/> z vozniškim dovoljenjem			
Št. dokumenta	Datum izdaje	Datum veljavnosti	Izdal organ

Zagotavljam, da so vse navedbe resnične in jamčim za njihovo točnost, tudi če niso napisane lastnoročno. Pooblaščam zavarovalnico GENERALI d.d., da poizveduje in ima vpogled v vse akte, ki so povezani z zavarovalnim primerom in da si jih prepiše ali fotokopira.

Kraj

Datum

Podpis upravičenca

**Pri mladoletnih tudi podpis zakonitega zastopnika**

(zakoniti zastopnik mora izpolniti svoj obrazec za fizične osebe)

<b>Upravičenec 3*:</b> (ime in priimek/naziv samostojnega podjetnika oz. pravne osebe)			
EMŠO:			
Davčna številka:			
Naslov iz identifikacijskega dokumenta:		Ulica, hišna št.	Poštna št.    Kraj    Država
Drug naslov stalnega prebivališča**:		<input type="checkbox"/> DA	Ulica, hišna št.    Poštna št.    Kraj    Država
Naslov začasnega prebivališča:		Ulica, hišna št.	Poštna št.    Kraj    Država
Državljanstvo:			
<input type="checkbox"/> slovensko		<input type="checkbox"/> drugih držav (navedite vsa): _____	
Ali ste državljan ZDA/imate prebivališče v ZDA? (obkrožite in po potrebi dopolnite)			
<input type="checkbox"/> NE, NISEM		<input type="checkbox"/> DA, SEM (navedite okoliščine): _____	
Izjavljam, da nisem politično izpostavljena oseba***:			
<input type="checkbox"/> DA, NISEM		<input type="checkbox"/> NE, SEM politično izpostavljena oseba	
Številka transakcijskega računa: (obvezno priložite fotokopijo svoje bančne kartice)		Ime banke:	
Kontaktna telefonska številka:		E-pošta:	
* Če je upravičenec samostojni podjetnik, mora izpolniti Obrazec za samostojne podjetnike, če pa je upravičenec pravna oseba, mora izpolniti Obrazec za pravne osebe. ** Šteje se, da je naslov iz identifikacijskega dokumenta enak naslovu stalnega prebivališča. Če iz identifikacijskega dokumenta ni razviden naslov stalnega prebivališča ali njegova sprememba, se ta pridobi iz druge veljavne javne listine, ki jo predloži upravičenec, oz. neposredno od njega, pri čemer se naslov stalnega prebivališča navede posebej v rubriki Drug naslov stalnega prebivališča in obkroži odgovor DA. *** Vsaka fizična oseba, ki deluje ali je v zadnjem letu delovala na vidnem javnem položaju v kateri koli državi, vključno z njenimi ožjimi družinskimi člani in ožjimi sodelavci. Če je odgovor NE, upravičenec izpolni Vprašalnik za politično izpostavljene osebe.			
Identifikacija upravičenca izkazana (ustrezno označite): <input type="checkbox"/> s potnim listom <input type="checkbox"/> z osebno izkaznico <input type="checkbox"/> z vozniškim dovoljenjem			
Št. dokumenta	Datum izdaje	Datum veljavnosti	Izdal organ

Zagotavljam, da so vse navedbe resnične in jamčim za njihovo točnost, tudi če niso napisane lastnoročno. Pooblaščam zavarovalnico GENERALI d.d., da poizveduje in ima vpogled v vse akte, ki so povezani z zavarovalnim primerom in da si jih prepíše ali fotokopira.

Kraj

Datum

Podpis upravičenca

**Pri mladoletnih tudi podpis zakonitega zastopnika**

(zakoniti zastopnik mora izpolniti svoj obrazec za fizične osebe)

