



Prijava doživetja ali izplačila rente

Škodni spis št.

Polica št.

Datum doživetja/začetka izplačevanja rente življenjskega zavarovanja:

01.

1. PODATKI O ZAVAROVALCU

Ime in priimek/Naziv:

Tel. št.:

2. PODATKI O ZAVAROVANI OSEBI

Ime in priimek ter naslov:

Tel. št.:

3. PODATKI O UPRAVIČENCU I

Ime in priimek/Naziv:

EMŠO:

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):

Državljanstvo:

Vrsta osebnega dokumenta:

osebna izkaznica

potni list

Elektronski naslov:

Št. osebnega dokumenta:

Velja do:

Tel. št.:

Naziv izdajatelja:

Naziv banke:

Transakcijski račun: SI56

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

4. PODATKI O UPRAVIČENCU II

Ime in priimek/Naziv:

EMŠO:

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):

Državljanstvo:

Vrsta osebnega dokumenta:

osebna izkaznica

potni list

Elektronski naslov:

Št. osebnega dokumenta:

Velja do:

Tel. št.:

Naziv izdajatelja:

Naziv banke:

Transakcijski račun: SI56

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

5. IZJAVA O PRENOSU SREDSTEV NA DRUGO POLICO

Upravičenec-ca za doživetje po polici življenjskega zavarovanja št. se strinjam-va, da se znesek doživetja iz tega zavarovanja:

1. v celoti v višini EUR prenese kot enkratna premija na novo sklenjeno življenjsko zavarovanje po ponudbi številka z začetkom zavarovanja2. v celoti v višini EUR prenese kot enkratna premija na novo sklenjeno Pokojninsko varčevanje AS – individualno z začetkom zavarovanja

Podpis upravičenca I

Podpis upravičenca II

6. POOBLASTILO O NAKAZILU

Spodaj podpisani/-a, pooblaščam zavarovalnico Adriatic Slovenico d. d., da iz doživetja življenjskega zavarovanja številka nakaže znesek v celoti v višini EUR na odprto pristopno izjavo pri družbi KD Skladi d.o.o. številka na podsklade:

Ime podsklada	Št. za podsklad	Transakcijski račun	Sklic za vplačilo	Razdelitev v EUR/%

S tem pooblastilom o nakazilu dajem izrecno privolitev, da lahko družba Adriatic Slovenica d. d. vse zgoraj vpisane osebne podatke obdeluje in jih preveri pri družbi KD Skladi d. o. o., Dunajska cesta 63, 1000 Ljubljana, z namenom pravičnega nakazila sredstev.

7. PRILOGE

- fotokopija bančne kartice upravičenca-ev (izključno prva stran);
- potrdilo o devinkulaciji ali potrdilo o prenehanju zastave (v primeru vinkulacije ali zastave police);
- 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.

8. 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 ob izpolnjevanju tega obrazca izrecno opozorjen.

Seznanjen sem z informacijo o obdelavi osebnih podatkov, ki je dostopna tudi na www.as.si/vop.

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.

*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.

Kraj in datum:

Podpis upravičenca I:

Podpis upravičenca II:

9. 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 (ime in priimek predstavnika zavarovalnice, naziv OE) izjavljam, da sem opravil identifikacijo upravičenca/prejemnika nakazila 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: