



# Izjava za posodobitev podatkov zavarovalca po polici št.: .....

Zavarovalec izjavljam in s podpisom potrjujem, da so spodaj navedeni podatki točni in resnični.

## ZAVAROVALEC:

|   |           |   |                          |
|---|-----------|---|--------------------------|
| 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): |
| Državljanstvo:                                  | Tel. št.: | Vrsta osebnega dokumenta: <input type="checkbox"/> osebna izkaznica <input type="checkbox"/> potni list |                          |
| Elektronski naslov:                             |           | Št. osebnega dokumenta: ..... Velja do: .....   |                          |
| Kontaktna oseba (za podjetja):                  |           | Naziv izdajatelja: .....  |                          |

\*V primeru, da je zavarovalec pravna oseba je potrebno opraviti identifikacijo zakonitega zastopnika z izpolnitvijo obrazca Identifikacija pravne osebe OBR-ZIV 527.

## IZJAVA (če je zavarovalec fizična oseba):

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 zavarovalca:

Izpolnjeno in podpisano izjavo lahko oddate na najbližji poslovni enoti zavarovalnice Adriatic Slovenica d.d., jo pošljete:

- na elektronski naslov **info@as.si**;
- po pošti na naslov **Adriatic Slovenica d.d., Ljubljanska c. 3a, 6503 Koper**.