

OBMOČNA ENOTA ....., Št. police ....., Št. škodnega spisa .....  
izpolni zavarovalnica

Ime in priimek upravičenca ....., datum rojstva .....,  
kraj in država rojstva ....., točen naslov .....,  
tel. številka ....., e-naslov ....., davčna številka .....,  
št. oseb. dokumenta ....., vrsta oseb. dokumenta ....., organ, ki je dokument izdal .....,  
rezident Republike Slovenije  DA  NE, rezident države: .....

Državljan ZDA/ Rezident ZDA za davčne namene  DA;  NE, TIN / SSN .....  
(tax identification number/social security number)

Ime in priimek upravičenca ....., datum rojstva .....,  
kraj in država rojstva ....., točen naslov .....,  
tel. številka ....., e-naslov ....., davčna številka .....,  
št. oseb. dokumenta ....., vrsta oseb. dokumenta ....., organ, ki je dokument izdal .....,  
rezident Republike Slovenije  DA  NE, rezident države: .....

Državljan ZDA/ Rezident ZDA za davčne namene  DA;  NE, TIN / SSN .....  
(tax identification number/social security number)

Ime in priimek zakonitega zastopnika/pooblaščenca ....., datum rojstva .....,  
kraj in država rojstva ....., točen naslov .....,  
tel. številka ....., e-naslov ....., davčna številka .....,  
št. oseb. dokumenta ....., vrsta oseb. dokumenta ....., organ, ki je dokument izdal .....,  
rezident Republike Slovenije  DA  NE, rezident države: .....

Po zavarovalni polici številka ..... prijavljam zavarovalni primer - smrt zavarovane osebe ter prilagam naslednje listine:

- izvornik zavarovalne police,
- fotokopijo police nezgodnega zavarovanja,
- fotokopijo izpiska iz matične knjige umrlih,
- dokaz o upravičenosti do izplačila,
- sklep sodišča o dedovanju (v primeru, če so upravičenci zakoniti dediči),
- zdravniško potrdilo o smrti in vzroku smrti,
- fotokopijo ambulantnega kartona in druge zdravstvene dokumentacije,
- poročilo o obdukciji (če je bila opravljena),
- odpustno pismo iz bolnišnice (v primeru, če je pokojni umrl v bolnišnici),
- ostalo .....



Zavarovalnica sme zahtevati še druge dokaze, ki so potrebni za ugotovitev pravice do izplačila.

**O smrti zavarovane osebe mi je znano naslednje:**

Ime in priimek ....., datum rojstva .....,  
točen naslov .....,  
davčna številka / identifikacijska številka .....,  
datum in ura smrti .....,  
kraj smrti (doma ali v bolnišnici-kateri) .....

**Na spodnja vprašanja odgovorite, če je vzrok smrti bolezen:**

- a) katera bolezen je bila vzrok smrti .....
- b) od kdaj se je pokojni zdravil .....
- c) kdaj je bila prvič postavljena diagnoza .....
- d) kraj zdravljenja in ime lečečega zdravnika .....

**Na spodnja vprašanja odgovorite, če je vzrok smrti nezgoda:**

- a) navedite natančen opis dogodka .....
- b) ali obstaja sum prisotnosti alkohola? .....
- c) ali obstaja sum samomora? .....
- d) ali obstaja sum, da je smrt povzročila tretja oseba? .....
- e) ali je bila opravljena obdukcija (v primeru, če je bila, kje in v kateri ustanovi)? .....
- f) ali je uvedena preiskava (kje in v kateri ustanovi)? .....
- g) ali je bil narejen policijski zapisnik (katera policijska postaja)? .....
- h) registrska številka vozila .....
- i) ime in priimek voznika .....
- j) morebitne priče dogodka .....

Izjavljam, da sem na vsa vprašanja odgovoril po resnici in popolno. Soglašam, da Zavarovalnica Triglav, d.d., pridobi podatke oziroma dokumentacijo o zdravstvenem stanju umrle zavarovane osebe.

Izplačilo zavarovalne vsote naj se izvede na račun upravičenca (ev):

ime in priimek imetnika računa ..... % .....,  
banka in številka računa .....,  
ime in priimek imetnika računa ..... % .....,  
banka in številka računa .....

Od zavarovalne vsote naj se preknjiži na novo zavarovanje, številka ..... znesek .....

**Deklaracija**

1. Zavarovalec, zavarovana oseba, upravičenec, zakoniti zastopnik in pooblaščenec dovoljujejo, da se v skladu z zakonom, ki ureja varstvo osebnih podatkov, osebni podatki iz zavarovanja obdelujejo v zbirki podatkov, ki jo vzpostavi, vodi in vzdržuje zavarovalnica. Zavarovana oseba dovoljuje, da zavarovalnica za potrebe sklepanja in izvajanja zavarovanja pridobiva in obdeluje podatke o njenem zdravstvenem stanju.
2. Zavarovalec, zavarovana oseba, upravičenec, zakoniti zastopnik in pooblaščenec dovoljujejo, da zavarovalnica obdeluje osebne podatke iz zavarovalne pogodbe in iz dokumentov, nastalih ob izvajanju zavarovalne pogodbe, razen občutljivih osebnih podatkov, za namene izvajanja bonitetnih programov, segmentacije in profiliranja strank ter za izvajanje neposrednega trženja zase in za družbe Skupine Triglav.
3. Zavarovalnica lahko osebne podatke zavarovalca iz prejšnje točke za namene iz iste tičke posreduje v obdelavo družbam skupine Triglav, ki se ukvarjajo z zavarovalniško dejavnostjo, dejavnostjo zavarovalnega zastopanja ali posredovanja ali dejavnostjo upravljanja finančnih skladov. Družbe skupine Triglav so navedene na seznamu, dostopnem na [www.triglav.eu](http://www.triglav.eu).
4. Osebne podatke iz druge točke lahko za namene iz iste točke obdelujejo tudi pooblaščenec družbe, s katerimi ima zavarovalnica sklenjene pogodbe o opravljanju storitev zavarovalnega zastopanja ali posredovanja in pogodbe o obdelovanju osebnih podatkov. Informacija o pooblaščenih družbah je dostopna na [www.triglav.si](http://www.triglav.si).
5. Zavarovalec, zavarovana oseba, upravičenec, zakoniti zastopnik in pooblaščenec lahko dovoljenje za obdelavo osebnih podatkov za namene iz drugega odstavka kadarkoli prekliče s pisno zahtevo poslano na naslov: Zavarovalnica Triglav, d.d., Miklošičeva 19, 1000 Ljubljana.
6. Zavarovalec sem seznanjen, da sem dolžan zavarovalnico obvestiti o svoji morebitni preselitvi v tujino in ji nemudoma sporočiti tudi vse spremembe podatkov, ki so lahko pomembne za presojo davčne obveznosti (predvsem rezidentstvo in tuja davčna številka). Če je zavarovalec pravna oseba, je slednja dolžna zavarovalnico obvestiti o morebitnih spremembah sedeža in organizacije ter o spremembi strukture lastnikov, relevantnih za presojo davčne obveznosti. Zavarovalec s podpisom zahtevka potrjuje, da nisem državljan ZDA oziroma rezident ZDA za davčne namene, razen če tega nisem označil na zahtevku.
7. Zavarovalec s podpisom soglašam, da me zavarovalnica po elektronski pošti ali preko spletne poslovalnice [i.triglav](http://i.triglav) obvešča o spremembah pogodbe skladno s 523. členom ZZavar-1, zlasti o spremembah firme in sedeža zavarovalnice, višine premije in zavarovalne vsote, naložb, skladov in referenčnih vrednosti ter strategije, o prevrednotenju, mirovanju, kapitalizaciji ali prenehanju zavarovanja, dodatnih kritij, stanju sredstev, donosnosti in udeležbi na dobičku. Zavarovalec lahko soglasje iz 523. člena ZZavar-1 kadarkoli prekliče s pisno zahtevo, poslano na naslov Zavarovalnica Triglav, d.d., Miklošičeva c.19, Ljubljana.

V ....., dne .....

zavarovalnica

.....  
podpis upravičenca (ev)/zakonitega zastopnika/pooblaščenca