



Prijava zavarovalnega primera – hujša bolezen / psihične težave / poškodba

POSLOVNA SKRIVNOST

ŠTEVILKA
POLICE

OZ-HBP-splet
21-7

1. Podatki o zavarovani osebi*

IME IN PRIIMEK	
DATUM ROJSTVA	KRAJ ROJSTVA
DRŽAVA ROJSTVA	DRŽAVLIANSTVO
DAVČNA ŠTEVILKA	TELEFONSKA ŠTEVILKA
E-NASLOV	

Osebni dokument

VRSTA	ŠTEVILKA
VELJA OD	VELJA DO
UPRAVNA ENOTA	

Naslov stalnega prebivališča

ULICA	HIŠNA ŠTEVILKA
POŠTNA ŠTEVILKA	POŠTA
DRŽAVA	

Naslov začasnega prebivališča

ULICA	HIŠNA ŠTEVILKA
POŠTNA ŠTEVILKA	POŠTA
DRŽAVA	

* V primeru, da obrazec izpolnjuje zakoniti zastopnik / pooblaščenec, je potrebno izpolniti tudi obrazec **Identifikacija stranke**.

2. Izjava o davčnem rezidentstvu skladno s FATCA in CRS

V katerih državah ste rezident za davčne namene: v Sloveniji v drugi državi

Ali ste državljan Združenih držav Amerike (ZDA) oziroma rezident ZDA za davčne namene: Ne Da

IME DRŽAVE	DAVČNA ŠTEVILKA*
TAX IDENTIFICATION NUMBER – TIN	SOCIAL SECURITY NUMBER – SSN

* Če davčne številke nimate, navedite razlog nepridobitve davčne številke (A – država ne izdaja davčne številke za svoje rezidente ali B – davčne številke ali enakovredne oznake ni mogoče pridobiti).

3. Podatki o zavarovalnem primeru

Vzrok nastanka zavarovalnega primera:

- bolezen
- stres, anksioznost, depresija ali izgorelost
- poškodba

IME IN PRIIMEK IZBRANEGA OSEBNEGA ZDRAVNIKA
ZDRAVSTVENA USTANOVA IZBRANEGA OSEBNEGA ZDRAVNIKA
ALI JE BILA ZAVAROVALNINA ZA ISTO OZ. KATERO DRUGO HUJŠO BOLEZEN ŽE KDAJ IZPLAČANA

Podatki o bolezni:

DATUM UGOTOVITVE BOLEZNI
DIAGNOZA BOLEZNI

Podatki o poškodbi:

DATUM POŠKODBE
OPIS POSLEDIC POŠKODBE

