

OBMOČNA ENOTA, Številka police, začetek veljavnosti spremembe 01.

(Zahtevek prejet 8 dni pred iztekom koledarskega meseca bo realiziran z začetkom veljavnosti 1. v naslednjem koledarskem mesecu)

1. PODATKI O ZAVAROVANJU

Ime in priimek prvega zavarovalca / naziv pravne osebe

datum rojstva davčna št., telefon št.

točen naslov

št. osebnega dokumenta, vrsta osebnega dokumenta, organ, ki je dokument izdal

Ime in priimek drugega zavarovalca datum roj.

točen naslov davčna št.

št. osebnega dokumenta, vrsta osebnega dokumenta, organ, ki je dokument izdal

Ime in priimek zakonitega zastopnika datum roj.

točen naslov davčna št.

št. osebnega dokumenta, vrsta osebnega dokumenta, organ, ki je dokument izdal

2. PRIKLJUČITEV / IZKLJUČITEV / SPREMEMBA DODATNEGA NEZGODNEGA ZAVAROVANJA

za prvo zavarovano osebo

za primer nezgodne smrti in invalidnosti zavarovalna vsota EUR; premija EUR.

za dnevno nadomestilo zavarovalna vsota EUR; premija EUR.

za nadomestilo za bolnišnični dan zavarovalna vsota EUR; premija EUR.

za rento * zavarovalna vsota EUR; premija EUR.

izključitev povečanega obsega zavarovalnega kritja, izvedenega z akcijsko priključitvijo s 01.

* mesečna renta za 50 ali več odstotno invalidnost, nastalo zaradi nezgode.

Upravičenec za primer nezgodne smrti

Upravičenec za INV, DNO, NBD, RENTO

za drugo zavarovano osebo

za primer nezgodne smrti in invalidnosti zavarovalna vsota EUR; premija EUR.

za dnevno nadomestilo zavarovalna vsota EUR; premija EUR.

za nadomestilo za bolnišnični dan zavarovalna vsota EUR; premija EUR.

za rento * zavarovalna vsota EUR; premija EUR.

izključitev povečanega obsega zavarovalnega kritja, izvedenega z akcijsko priključitvijo s 01.

* mesečna renta za 50 ali več odstotno invalidnost, nastalo zaradi nezgode.

Upravičenec za primer nezgodne smrti

Upravičenec za INV, DNO, NBD, RENTO



3. PRIKLJUČITEV / IZKLJUČITEV / SPREMEMBA DODATNEGA NEZGODNEGA ZAVAROVANJA STAREJŠIH

(priključitev zavarovanjem 50PLUS ni možna)

Paket	Zavarovalne vsote			Mesečna premija glede na pristopno starost zavarovane osebe		
	100-odstotna trajna invalidnost	Nadomestilo za zlom, izpah, opekline	Dnevno nadomestilo za fizikalno terapijo	50 do 60 let	61 do 70 let	71 do 80 let
<input type="checkbox"/> A	10.000	500	-	1,72	1,99	2,54
<input type="checkbox"/> B	10.000	500	10	4,22	4,79	5,94
<input type="checkbox"/> C	15.000	1.000	15	6,88	7,84	9,76
<input type="checkbox"/> D	20.000	1.000	20	8,44	9,58	11,88
<input type="checkbox"/> E	30.000	1.500	30	12,66	14,37	17,82

Zavarovalec - zavarovana oseba izjavljam, da sem zmožen samostojno opravljati vse osnovne življenjske potrebe, in sicer: samostojno gibanje, hranjenje, oblačenje in slačenje, obuvanje in sezuvanje, skrb za osebno higieno in odvajanje.

Upravičenec za primer invalidnosti, zlomov, izpahov, opeklin in dnevnega nadomestila za fizikalno terapijo je zavarovana oseba.

4. PRIKLJUČITEV / IZKLJUČITEV / SPREMEMBA DODATNEGA ZAVAROVANJA ASISTENCE PO POŠKODBI

Prva zav. oseba		Oblika zavarovanja in zavarovalna premija		Druga zav. oseba*		Oblika zavarovanja in zavarovalna premija		DPZP – 8,5 %
<input type="checkbox"/>	Individualno	<input type="checkbox"/>	Družinsko	<input type="checkbox"/>	Individualno	<input type="checkbox"/>	Družinsko	DA/NE
								Skupaj premija

* Zavarovanje za drugo zavarovano osebo je smiselno skleniti le, če ta ni ožji družinski član prve zavarovane osebe.

Zavarovalna vsota znaša 3.000 EUR, od tega 600 EUR za ambulantno rehabilitacijo.

Zavarovanje je sklenjeno v sozavarovanju s TRIGLAV, zdravstveno zavarovalnico, d.d., ki prek Zdravstvene točke izvaja reševanje zavarovalnih zahtevkov.

5. PRIKLJUČITEV / IZKLJUČITEV / SPREMEMBA DODATNEGA ZAVAROVANJA HUIŠIH BOLEZNI IN POŠKODB

Prva zavarovana oseba

zav. doba let ; zav. vsota EUR; obseg kritja: osnovni paket; razširjeni paket; premija EUR.

Druga zavarovana oseba

zav. doba let; zav. vsota EUR; obseg kritja: osnovni paket; razširjeni paket; premija EUR.

Upravičenec v primeru prve ugotovitve obolenosti ene od hujših bolezni in poškodb je zavarovana oseba.

Opomba: Ob priključitvi oziroma povišanju zavarovalnih vsot dodatnih zavarovanj je obvezna izpolnjena priloga "Vprašanja o zdravstvenem stanju zavarovane osebe".

6. IZKLJUČITEV/SPREMEMBA DODATNEGA ZAVAROVANJA KBI Z IZPLAČILOM DODATNE ZAVAROVALNE VSOTE

za 1. zavarovano osebo: zavarovalna doba let; zavarovalna vsota EUR; premija EUR.

za 2. zavarovano osebo: zavarovalna doba let; zavarovalna vsota EUR; premija EUR.

7. PRIKLJUČITEV/IZKLJUČITEV/SPREMEMBA DODATNEGA NEZGODNEGA ZAVAROVANJA OTROK

Ime in priimek zavarovanca	Datum rojstva	Naslov zavarovanca	Spol (M/Ž)	Davčna številka	Zavarovalno kritje	Zavarovalna premija v EUR

Zavarovalne vsote in premija dodatnega nezgodnega zavarovanja otrok za starost od 0 let do 14 let v EUR (ustrezno označite)

Kombinacija	SMN *	INV	DNO	NBD	DBT	Zavarovalna premija v EUR
A	0,00	10.000,00	2,00	40,00	40,00	1,93
B	0,00	20.000,00	3,00	50,00	50,00	3,06
C	0,00	30.000,00	4,00	60,00	60,00	4,19

Zavarovalne vsote in premija dodatnega nezgodnega zavarovanja otrok za starost od 15 let do 28 let v EUR (ustrezno označite)

Kombinacija	SMN *	INV	DNO	NBD	DBT	Zavarovalna premija v EUR
A	5.000,00	10.000,00	3,00	20,00	20,00	3,19
B	7.500,00	20.000,00	5,00	30,00	30,00	5,53
C	10.000,00	30.000,00	8,00	40,00	40,00	8,53

Dodatno nezgodno zavarovanje otrok preneha ob poteku osnovnega zavarovanja oziroma ob koncu koledarskega leta v katerem otrok dopolni 28. leto starosti.

Upravičenec za primer smrti: starši oziroma zakoniti zastopnik.

8. PRIKLJUČITEV/IZKLJUČITEV/SPREMEMBA DODATNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA NA POTOVANJIH V TUJINI Z ASISTENCO

Ime in priimek zavarovanca	Datum rojstva	Naslov zavarovanca	Spol (M/Ž)	Davčna številka	Zavarovalno kritje	Zavarovalna premija v EUR

Skupna zavarovalna vsota za eno osebo/od tega za prevozne stroške v EUR (ustrezno označite)

Zavarovalno kritje	Skupna zavarovalna vsota največ do	Od tega za povrnitev stroškov prevoza največ do	Mesečna premija
A	20.000,00	5.000,00	2,43
B	35.000,00	10.000,00	3,66
C	50.000,00	15.000,00	5,58

V kolikor je ob priključitvi dodatnih zavarovanj do poteka zavarovanja manj kot 120 mesecev, se na premijo dodatnih zavarovanj (razen za ZZPT) obračuna davek od prometa zavarovalnih poslov, v skladu z določili vsakokrat veljavne zakonodaje.

9. DEKLARACIJA

- Zavarovalec potrjuje prejem relevantnih zavarovalnih pogojev in klavzul za dodatno zavarovanje, katerega priključuje: PG-D-DNZ/18-1, PG-D-OTR/18-1, PG-NE/17-4, tabelo invalidnosti PG-NE-tinv/17-4, PG-D-HBP/18-1, KL-D-FLS/16-6, PG-D-ZDR-pt/13-7, PG-D-NZS/16-6, PG-D-ASP/18-1 ter pisnega obvestila po 545. členu Zakona o zavarovalništvu (ZZavar-1).
- Zavarovalec je seznanjen, da se za začetek dodatnega kritja smiselno uporabljajo določbe o trajanju zavarovanja iz splošnih pogojev, ki veljajo za osnovno zavarovanje.
- Zavarovalec in zavarovana oseba dovoljujeta, 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.
- Zavarovalec in zavarovana oseba dovoljujeta, 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.
- Zavarovalnica lahko osebne podatke zavarovalca iz prejšnje točke za namene iz iste točke 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.
- Osebne podatke iz četrte točke lahko za namene iz iste točke obdelujejo tudi pooblaščen 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.
- Zavarovalec in zavarovana oseba sta seznanjena, da se bodo osebni podatki, vključno z zdravstveno dokumentacijo, za namen obdelave zavarovalnega primera izmenjevali med Zavarovalnico Triglav, d.d., Ljubljana in Triglav, zdravstveno zavarovalnico, d.d., Koper, in sicer v skladu z zakonodajo in dogovorom o skupnem upravljanju, sklenjenim med obema družbama, za katerega vsebino lahko kontaktirate pooblaščen osebo za varstvo podatkov na e-naslov dpo@triglav.si.
- Zavarovalec in zavarovana oseba lahko dovoljenje za obdelavo osebnih podatkov za namene iz četrte odstavka kadarkoli prekliče s pisno zahtevo poslano na naslov: Zavarovalnica Triglav, d.d., Miklošičeva 19, 1000 Ljubljana.
- Zavarovalec je seznanjen, da je 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 rezidentsvo 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 ni državljan ZDA oziroma rezident ZDA za davčne namene, razen če tega ni označil na zahtevku.
- Zavarovalec s podpisom soglašaja, da me zavarovalnica po elektronski pošti ali preko spletne poslovalnice 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 kritjih, 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 _____ (podpis zavarovane osebe dodatnega zavarovanja)

(podpis zavarovalca, oziroma žig in podpis zakonitega zastopnika, če je zavarovalec pravna oseba) (podpis zavarovane osebe dodatnega zavarovanja)

Podatki o predstavniku zavarovalnice

Šifra	Priimek in ime	Podpis	Kraj	Datum

Le s popolno izpolnjeno prijavo ter predložitvijo vseh potrebnih dokumentov bo vaš zahtevek lahko hitro in ustrezno rešen v obojestransko zadovoljstvo.