

TRIGLAV KOMPLET

Številka:

Ime in priimek nosilca kompleta:

Pristopna izjava - ČLAN

Osební podatki*: Ime in priimek:, rojstni datum:,

davčna št.:, razmerje člana do nosilca**:

Kontaktni podatki*: Ulica in hišna št.:, kraj:,

poštna št.:, naziv pošte:,

GSM/stacionarni telefon:, e-naslov:

Opombi: * Vsi podatki so obvezni.

** Na primer: mož, žena, partner, otrok, starš, stari starš, brat, vnuk idr.

Izjava:

Podpisani dovoljujem, da se podatki o mojih zavarovanjih (številka zavarovalne police in vrsta zavarovanja) uporabijo za namen oblikovanja programa Triglav komplet in da se ti podatki lahko razkrijejo drugim članom programa Triglav komplet.

Posebej pooblašam Zavarovalnico Triglav, d.d., da z namenom vključitve prostovoljnega dodatnega pokojninskega zavarovanja, sklenjenega pri Skupni pokojninski družbi, d.d., v program Triglav komplet, vpogleda v zbirke upravljavca teh osebnih podatkov, Skupne pokojninske družbe, d.d., in iz njih pridobi sledeče podatke o zadevnem zavarovanju: številka zavarovalne police, tip zavarovanja, status zavarovanja, višina premije in trajanje zavarovanja.

Strinjam se, da se moji osebni podatki obdelujejo za izvajanje programa Triglav komplet ter za neposredne tržne in komunikacijske namene Zavarovalnice Triglav, d.d., TRIGLAV, Zdravstvene zavarovalnice, d.d. in Skupne pokojninske družbe, d.d., v skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov, do pisnega preklica te izjave, poslanega na naslov Zavarovalnica Triglav, d.d., Trženje in distribucija zavarovanj, Miklošičeva cesta 19, 1000 Ljubljana.

Datum:

Podpis: