



Zahtevak za priključitev/izključitev ali spremembo dodatnih zavarovanj

POSLOVNA SKRIVNOST

ŠTEVILKA
POLICE

ZA-OZ-pis
23-2

1. Podatki o zavarovalcu*

NAZIV PODJETJA	MATIČNA ŠTEVILKA
----------------	------------------

NASLOV / SEDEŽ PODJETJA	DAVČNA ŠTEVILKA
-------------------------	-----------------

IME IN PRIIMEK ZAVAROVALCA / ZAKONITEGA ZASTOPNIKA PRAVNE OSEBE

DATUM ROJSTVA	KRAJ ROJSTVA
---------------	--------------

DRŽAVA ROJSTVA	DRŽAVLIJANSTVO
----------------	----------------

DAVČNA ŠTEVILKA	TELEFONSKA ŠTEVILKA
-----------------	---------------------

E-NASLOV

Osební dokument

VRSTA	ŠTEVILKA
-------	----------

VELJA OD	VELJA DO
----------	----------

UPRAVNA ENOTA

Naslov stalnega prebivališča zavarovalca / zakonitega zastopnika pravne osebe

ULICA	HISNA ŠTEVILKA
-------	----------------

POŠTNA ŠTEVILKA	POŠTA
-----------------	-------

DRŽAVA

Naslov začasnega prebivališča

ULICA	HISNA ŠTEVILKA
-------	----------------

POŠTNA ŠTEVILKA	POŠTA
-----------------	-------

DRŽAVA

* Če pravno osebo zastopa več kot en zakoniti zastopnik ali pooblaščenec, je potrebno, da vsak od njih izpolni obrazec **Identifikacija stranke**.

* Če fizično osebo zastopa zakoniti zastopnik ali pooblaščenec, je potrebno izpolniti obrazec **Identifikacija stranke**.

2. Izjava o politični izpostavljenosti zavarovalca (Izpolnjevanje te rubrike ni potrebno za zakonitega zastopnika pravne osebe)

Med politično izpostavljene osebe sodi vsaka fizična oseba, ki deluje ali je v zadnjem letu delovala na vidnem javnem položaju v katerikoli državi članici ali tretji državi (v nadaljevanju »državi«), vključno z njenimi ožjimi družinskimi člani in ožjimi sodelavci.

Če ste politično izpostavljena oseba, to označite v naslednjih točkah:

Da Ne

Politično izpostavljene fizične osebe, ki delujejo ali so v zadnjem letu delovale na vidnem javnem položaju, so:

- voditelji držav, predsedniki vlad, ministri in njihovi namestniki oziroma pomočniki,
- izvoljeni predstavniki zakonodajnih teles,
- člani vodstvenih organov političnih strank,
- člani vrhovnih in ustavnih sodišč ter drugih sodnih organov na visoki ravni, zoper odločitve katerih, razen v izjemnih primerih, ni mogoče uporabiti rednih ali izrednih pravnih sredstev,
- člani računskih sodišč in svetov centralnih bank,
- vodje diplomatskih predstavništev in konzulatov ter predstavništev mednarodnih organizacij in visoki častniki oboroženih sil,
- člani upravnih ali nadzornih organov državnih podjetij,
- predstojniki organov mednarodnih organizacij (npr. predsedniki, generalni sekretarji, direktorji, sodniki), njihovi namestniki in člani vodstvenih organov ali nosilci enakovrednih funkcij v mednarodnih organizacijah.

Da Ne

Ožji družinski člani politično izpostavljene osebe so: zakonec ali zunajzakonski partner, partner iz sklenjene ali neskljenjene partnerske zveze, starši ter otroci in njihovi zakonci ali zunajzakonski partnerji.

Da Ne

Ožji sodelavci politično izpostavljene osebe so: vse fizične osebe, za katere je znano, da so skupaj dejanski lastniki ali da imajo kakršne koli druge tesne poslovne odnose s politično izpostavljeno osebo. Ožji sodelavec je tudi fizična oseba, ki je edini dejanski lastnik poslovnega subjekta ali podobnega pravnega subjekta tujega prava, za katerega je znano, da je bil ustanovljen v dejansko korist politično izpostavljene osebe.

Če ste na katero od zgoraj navedenih trditev odgovorili z »DA«, vas prosimo, da izpolnite Izjavo o premoženjskem stanju, izvoru premoženja in izvoru sredstev, ki so predmet vplačila.

3. Opredelitev potreb in zahtev stranke

Izjavljam, da imam v skladu z Direktivo o distribuciji zavarovanj in Zakonom o zavarovalništvu, potrebo po priključitvi/izključitvi ali spremembi dodatnih zavarovanj, kot izhaja iz izpolnjenega zahtevka.

4. Priključitev Izključitev Sprememba dodatnega nezgodnega zavarovanja

Prva zavarovana oseba		IME IN PRIIMEK			
za primer nezgodne smrti	ZAVAROVALNA VSOTA	€	PREMIJA	€	
za primer invalidnosti	ZAVAROVALNA VSOTA	€	PREMIJA	€	
za dnevno nadomestilo	ZAVAROVALNA VSOTA	€	PREMIJA	€	
za nadomestilo za bolnišnični dan	ZAVAROVALNA VSOTA	€	PREMIJA	€	
za nadomestilo za zlome, izpahe in opekline	ZAVAROVALNA VSOTA	€	PREMIJA	€	
mesečna nezgodna renta za invalidnost	30 ali več %	RENTA €	DOBA IZPLAČEVANJA(LET)	PREMIJA €	
	50 ali več %	RENTA €	DOBA IZPLAČEVANJA(LET)	PREMIJA €	
		SKUPAJ PREMIJA	€	DPZP - 8,5% (DA/NE)	
UPRAVIČENEC ZA PRIMER NEZGODNE SMRTI					
UPRAVIČENEC ZA INV, DNO, NBD, ZIO, RENTO					
izključitev povečanega obsega zavarovalnega kritja, izvedenega z akcijsko priključitvijo s 01.					

Druga zavarovana oseba		IME IN PRIIMEK			
za primer nezgodne smrti	ZAVAROVALNA VSOTA	€	PREMIJA	€	
za primer invalidnosti	ZAVAROVALNA VSOTA	€	PREMIJA	€	
za dnevno nadomestilo	ZAVAROVALNA VSOTA	€	PREMIJA	€	
za nadomestilo za bolnišnični dan	ZAVAROVALNA VSOTA	€	PREMIJA	€	
za nadomestilo za zlome, izpahe in opekline	ZAVAROVALNA VSOTA	€	PREMIJA	€	
mesečna nezgodna renta za invalidnost	30 ali več %	RENTA €	DOBA IZPLAČEVANJA(LET)	PREMIJA €	
	50 ali več %	RENTA €	DOBA IZPLAČEVANJA(LET)	PREMIJA €	
		SKUPAJ PREMIJA	€	DPZP - 8,5% (DA/NE)	
UPRAVIČENEC ZA PRIMER NEZGODNE SMRTI					
UPRAVIČENEC ZA INV, DNO, NBD, ZIO, RENTO					
izključitev povečanega obsega zavarovalnega kritja, izvedenega z akcijsko priključitvijo s 01.					

Opomba: Ob priključitvi oziroma povišanju zavarovalnih vsot dodatnih zavarovanj je potrebno izpolniti prilogo »Vprašanja o zdravstvenem stanju zavarovane osebe«

5. Priključitev Izključitev Sprememba dodatnega zavarovanja za delovno nezmožnost

Prva zavarovana oseba		IME IN PRIIMEK			
VRSTA DELA					
Zavarovane osebe	Zav. doba	Zavarovalna vsota	Obseg zavarovalnega kritja		DPZP – 8,5 % (DA/NE)
Prva zavarovana oseba			Začasna delovna nezmožnost	<input type="checkbox"/>	
			Trajna delovna nezmožnost	<input type="checkbox"/>	
			Paket 1*	<input type="checkbox"/>	
			Paket 2**	<input type="checkbox"/>	
Druga zavarovana oseba			Začasna delovna nezmožnost	<input type="checkbox"/>	
			Trajna delovna nezmožnost	<input type="checkbox"/>	
			Paket 1*	<input type="checkbox"/>	
			Paket 2**	<input type="checkbox"/>	

Druga zavarovana oseba		IME IN PRIIMEK			
VRSTA DELA					
Zavarovane osebe	Zav. doba	Zavarovalna vsota	Obseg zavarovalnega kritja		DPZP – 8,5 % (DA/NE)
Prva zavarovana oseba			Začasna delovna nezmožnost	<input type="checkbox"/>	
			Trajna delovna nezmožnost	<input type="checkbox"/>	
			Paket 1*	<input type="checkbox"/>	
			Paket 2**	<input type="checkbox"/>	
Druga zavarovana oseba			Začasna delovna nezmožnost	<input type="checkbox"/>	
			Trajna delovna nezmožnost	<input type="checkbox"/>	
			Paket 1*	<input type="checkbox"/>	
			Paket 2**	<input type="checkbox"/>	

Upravičenec za dodatno zavarovanje za delovno nezmožnost je zavarovana oseba.

Premija

*Paket 1 zajema kritje invalidnosti I. kategorije, ki nastane kot posledica bolezni ali nezgode, ki ni povezana z duševnimi boleznimi, ali trajne izgube najmanj ene izmed osnovnih življenjskih sposobnosti.
**Paket 2 zajema kritje invalidnosti I. kategorije, ki nastane kot posledica bolezni ali nezgode, vključno z duševnimi boleznimi, ali trajne izgube najmanj ene izmed osnovnih življenjskih sposobnosti.

Opomba: Ob priključitvi oziroma povišanju zavarovalnih vsot dodatnih zavarovanj je potrebno izpolniti prilogo »Vprašanja o zdravstvenem stanju zavarovane osebe«

6.a Priključitev Izključitev Sprememba dodatnega zavarovanja hudih bolezni

Prva zavarovana oseba		IME IN PRIIMEK			
ZAVAROVALNA DOBA (LET)	ZAVAROVALNA VSOTA	€	obseg kritja:	<input type="checkbox"/> osnovni paket <input type="checkbox"/> razširjeni paket	PREMIJA € DPZP - 8,5% (DA/NE)
Druga zavarovana oseba		IME IN PRIIMEK			
ZAVAROVALNA DOBA (LET)	ZAVAROVALNA VSOTA	€	obseg kritja:	<input type="checkbox"/> osnovni paket <input type="checkbox"/> razširjeni paket	PREMIJA € DPZP - 8,5% (DA/NE)

Upravičenec za primer prve ugotovitve obolevnosti ene od hudih bolezni je zavarovana oseba.

Opomba: Ob priključitvi oziroma povišanju zavarovalnih vsot dodatnih zavarovanj je potrebno izpolniti prilogo »Vprašanja o zdravstvenem stanju zavarovane osebe«.

6.b Izključitev Sprememba dodatnega zavarovanja hujših bolezni in poškodb

Prva zavarovana oseba	IME IN PRIIMEK				
ZAVAROVALNA DOBA (LET)	ZAVAROVALNA VSOTA	€	obseg kritja:	<input type="checkbox"/> osnovni paket <input type="checkbox"/> razširjeni paket	PREMIJA €
Druga zavarovana oseba	IME IN PRIIMEK				
ZAVAROVALNA DOBA (LET)	ZAVAROVALNA VSOTA	€	obseg kritja:	<input type="checkbox"/> osnovni paket <input type="checkbox"/> razširjeni paket	PREMIJA €

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

Opomba: Ob povišanju zavarovalnih vsot dodatnih zavarovanj je potrebno izpolniti priložo »Vprašanja o zdravstvenem stanju zavarovane osebe«.

6.c Izključitev Sprememba dodatnega zavarovanja kritičnih bolezni z izplačilom dodatne zavarovalne vsote

za prvo zavarovano osebo	ZAVAROVALNA DOBA (LET)	ZAVAROVALNA VSOTA	€	PREMIJA	€
za drugo zavarovano osebo	ZAVAROVALNA DOBA (LET)	ZAVAROVALNA VSOTA	€	PREMIJA	€

7.a Izključitev dodatnega nezgodnega zavarovanja otrok

Ime in priimek zavarovanca	Datum rojstva	Naslov zavarovanca	Spol (M/Ž)	Davčna števila

7.b Priključitev Sprememba dodatnega nezgodnega zavarovanja otrok

Izbira paketa

Zav. oseba / Zak. zast.	Ime in priimek	Datum rojstva	Naslov	Spol (M/Ž)	Davčna številka	Paket	Zavarovalna premija v EUR	DPZP – 8,5 % (DA/NE)	Podpis
Zavarovana oseba									
Zakoniti zastopnik		-		-		-	-	-	
Zavarovana oseba									
Zakoniti zastopnik		-		-		-	-	-	
Zavarovana oseba									
Zakoniti zastopnik		-		-		-	-	-	
Zavarovana oseba									
Zakoniti zastopnik		-		-		-	-	-	

Zavarovalne vsote in premije za starost zavarovane osebe od 0 do 14 let

Zavarovalno kritje	TPO	DNO	NBD	ZOP	TP30R*	PREMIJA
Kombinacija A	10.000	-	15	2.500	200	3,74 €
Kombinacija B	20.000	3	20	3.000	300	6,36 €
Kombinacija C	25.000	4	25	3.500	350	7,71 €
Kombinacija D	30.000	5	30	3.500	400	8,55 €
Kombinacija E	50.000	8	40	7.000	400	14,57 €

* Doba izplačevanja rente TP30R je 10 let.

Zavarovalne vsote in premije za starost zavarovane osebe od 15 do 28 let

Zavarovalno kritje	SMN	TPO	DNO	NBD	ZOP	TP30R*	PREMIJA
Kombinacija A	5.000	10.000	-	15	2.500	200	4,46 €
Kombinacija B	7.500	20.000	3	20	3.000	300	7,79 €
Kombinacija C	10.000	25.000	4	25	3.500	350	9,52 €
Kombinacija D	10.000	30.000	5	30	3.500	400	10,69 €
Kombinacija E	25.000	50.000	8	40	7.000	400	17,73 €

* Doba izplačevanja rente TP30R je 10 let.

Samostojna izbira posameznega kritja

Zav. oseba / Zak. zast.	Ime in priimek	Datum rojstva	Naslov	Spol (M/Ž)	Davčna številka.	Podpis
Prva zavarovana oseba						
Zakoniti zastopnik		-		-		
Druga zavarovana oseba						
Zakoniti zastopnik		-		-		
Tretja zavarovana oseba						
Zakoniti zastopnik		-		-		
Četrta zavarovana oseba						
Zakoniti zastopnik		-		-		

	Prva zavarovana oseba			Druga zavarovana oseba		
Kritje	Zavarovalna vsota			Zavarovalna vsota		
SMN						
TPO						
DNO						
NBD						
ZOP						
RENTA	Vrsta rente	Doba izplačevanja (let)	Višina mesečne rente	Vrsta rente	Doba izplačevanja (let)	Višina mesečne rente
	30- ali večodstotna stopnja težjih poškodb			30- ali več odstotna stopnja težjih poškodb		
Zavarovalna premija		DPZP – 8,5 % (DA/NE)			DPZP – 8,5 % (DA/NE)	

	Tretja zavarovana oseba			Četrta zavarovana oseba		
Kritje	Zavarovalna vsota			Zavarovalna vsota		
SMN						
TPO						
DNO						
NBD						
ZOP						
RENTA	Vrsta rente	Doba izplačevanja (let)	Višina mesečne rente	Vrsta rente	Doba izplačevanja (let)	Višina mesečne rente
	30- ali večodstotna stopnja težjih poškodb			30- ali več odstotna stopnja težjih poškodb		
Zavarovalna premija z upoštevanim 10 % popustom		DPZP – 8,5 % (DA/NE)			DPZP – 8,5 % (DA/NE)	

Opombe:

- 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. Upravičenec za ostala kritja: zavarovana oseba dodatnega nezgodnega zavarovanja otrok.
- Za starostno skupino od 0 do 14 let ni možno dodati kritja SMN.
- Do spremembe v višini zavarovalnih vsot in premij pride konec koledarskega leta, v katerem zavarovanec dopolni 14. leto starosti (velja za paketno izbiro kritij).

Naziv posameznega kritja:

SMN - Nezgodna smrt
TPO - Težje poškodbe

DNO - Dnevno nadomestilo
NBD - Nadomestilo za bolnišnični dan

ZOP - Zlomi, izpahi opeklina in ostale poškodbe
TP30R - Mesečna nezgodna renta za primer 30 ali več odstotne stopnje težjih poškodb

8. Priljučitev Izključitev Sprememba dodatnega zavarovanja asistenc po poškodbi

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

ZA-OZ-pis/23-2

9. Priklučitev 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	DPZP – 8,5 %
							NE
							NE
							NE

Opomba: Zavarovanje se lahko sklene tudi za ostale družinske člane: zakonca ali zunajzakonskega partnerja in otroke, ki ob sklenitvi dodatnega zavarovanja še niso dopolnili 18. leta.

Skupna zavarovalna vsota za eno osebo/od tega za prevozne stroške v EUR (izbrano zavarovalno kritje ustrezno navedite v zgornji tabeli)

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

10. Izključitev dodatnega zavarovanja za primer brezposelnosti

Prva zavarovana oseba	IME IN PRIIMEK	Druga zavarovana oseba	IME IN PRIIMEK
-----------------------	----------------	------------------------	----------------

11. Deklaracija

1. Stranka s podpisom jamči za resničnost, točnost in popolnost podatkov. Stranka je seznanjena, da je dolžna 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 davčno rezidentstvo in tuja davčna številka) in politične izpostavljenosti.

2. Stranka s podpisom potrjuje seznanjenost, da bo v bodoče na zgoraj naveden elektronski naslov prejela vsa obvestila v zvezi z izvajanjem zavarovalnih pogodb življenjskih in pokojninskih zavarovanj, ki ima sklenjena ali jih bo v prihodnje sklenila pri Zavarovalnici Triglav, d.d. Plačilne instrumente in dokumente, ki se vročajo s priporočeno pošto (npr. opomin idr.) bo stranka še naprej prejela po klasični pošti. Soglasje lahko stranka kadarkoli prekliche in zahteva pisno obveščanje.

3. Zavarovalnica pridobljene podatke obdeluje za namen izvajanja zavarovalne pogodbe, s soglasjem stranke lahko zavarovalnica njene osebne podatke obdeluje tudi za namene, za katere le-ta posebej privoli (npr. trženje produktov in storitev). Podatke zavarovalnica hrani v zbirkah, ki jih vzpostavi in vzdržuje v skladu s predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov in zavarovalništvo in sicer do poteka zakonsko določenih rokov hrambe. Osebne podatke iz zbirk zavarovalnice lahko obdelujejo tudi družbe, s katerimi ima zavarovalnica sklenjene pogodbe o obdelovanju osebnih podatkov. Če se pogodbeni obdelovalci osebnih podatkov nahajajo zunaj območja držav članic Evropske unije, se zagotavlja enak standard varstva osebnih podatkov, kot če bi obdelavo izvajala zavarovalnica sama. Prav tako lahko zavarovalnica za namen izvajanja zavarovalne in pozavarovalne pogodbe osebne podatke posreduje pozavarovalnici. Zavarovalnica obdeluje osebne podatke tudi za potrebe izvajanja bonitetnih programov, t.j. nudenja raznih bonov ugodnosti in dodatnih popustov (npr. vključitev v Triglav komplet). Vključitev v bonitetni program je za stranko popolnoma prostovoljna.

4. Več informacij o varstvu osebnih podatkov je zbranih v informacijah o obdelavi osebnih podatkov pri sklepanju in izvajanju zavarovanj, do katerih lahko zavarovalec dostopa s QR kodo na obrazcu ter v Politiki zasebnosti na spletni strani www.triglav.si. V primeru, da stranka nima dostopa do spleta, lahko kontaktira zavarovalnico in zahteva posredovanje tiskanega izvoda Politike zasebnosti.



Informacije o obdelavi osebnih podatkov pri sklepanju in izvajanju zavarovanj.

5. Stranka je seznanjena, da se informacije na tem obrazcu, ter druge informacije o zavarovalcu/upravičencu in o vsaki zavarovalni pogodbi, o kateri se poroča, lahko posredujejo davčnemu organu države, v kateri je sklenjena zavarovalna pogodba, ter se izmenjajo s pristojnim(i) organom(i) druge(ih) države (držav), v katerih je rezident za davčne namene, v skladu z mednarodnim dogovorom o izmenjavi informacij.

6. Stranka je 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. V primeru sozavarovanja so na strani Triglav, Zdravstvene zavarovalnice, d.d., kontaktni naslovi za preklic privolitve, ugovore in druge zahteve v zvezi z obdelavo osebnih podatkov: Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., Pristaniška ulica 10, 6000 Koper, ali info@triglavzdravje.si ali spletni obrazec na strani www.triglavzdravje.si. Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., ima Politiko zasebnosti objavljeno na svoji spletni strani www.triglavzdravje.si, pooblaščen oseba za varstvo osebnih podatkov pa je dostopna na naslovu: dpo@triglavzdravje.si.

7. Zavarovalec potrjuje prejem zavarovalnih pogojev in klavzul za dodatno zavarovanje, ki ga priključuje: PG-D-DNZ/22-11, PG-D-NZOT/22-6, PG-NE/22-11, Tabelo invalidnosti PG-NE-tinv/22-11 in Tabelo zlomov, izpahov in opeklin PG-NE-tzio/22-11, PG-D-HB/22-11, PG-D-ZDR-pt/13-7, PG-D-ASP/18-1, PG-D-ZPDN/23-2 ter obvestila po 545. členu Zakona o zavarovalništvu. Zavarovalec je seznanjen, da se začetek dodatnega kritja smiselno uporabljajo določbe o trajanju zavarovanja iz splošnih pogojev, ki veljajo za osnovno zavarovanje. Zahtev, prejet 8 dni pred iztekom koledarskega meseca, bo realiziran z začetkom veljavnosti 1. dne v naslednjem koledarskem mesecu. V primeru vzajemnega zavarovanja je dokumentacija popolna, ko zahtevk vložita oba zavarovalca.

12. Podpis

KRAJ	IME IN PRIIMEK, ŠIFRA IN PODPIS PREDSTAVNIKA ZAVAROVALNICE
DATUM	

PODPIS ZAVAROVALCA	PODPIS ZAKONITEGA ZASTOPNIKA / POOBLAŠČENCA
--------------------	---

PODPIS ZAVAROVANE OSEBE DODATNEGA ZAVAROVANJA	PODPIS ZAVAROVANE OSEBE DODATNEGA ZAVAROVANJA
---	---