



Zavarovalnica Triglav, d.d.
Miklošičeva cesta 19
1000 Ljubljana

triglav

E: info@triglav.si
S: www.triglav.si

OBRAZEC ZA SPREMEMBO PODATKOV ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ

Podpisani/a _____, rojen/a dne _____
_____ želim, da se v zavarovalni pogodbi/zavarovalnih
pogodbah št. _____ izvede naslednje spremembe
(ustrezno označite):

1. SPREMEMBA OSEBNIH PODATKOV

IME/PRIIMEK	IZ	NA
STALNI NASLOV	IZ	
	NA	
NASLOV ZA OBVEŠČANJE	IZ	
	NA	

2. SPREMEMBA PLAČEVANJA PREMIJE

DINAMIKA PLAČEVANJA	<input type="checkbox"/> mesečna <input type="checkbox"/> četrletna <input type="checkbox"/> polletna <input type="checkbox"/> letna
NAČIN PLAČILA	<input type="checkbox"/> PLAČILNI NALOG (papirna oblika) <input type="checkbox"/> PLAČILNI NALOG (E-naslov) E-naslov _____ <input type="checkbox"/> PLAČILNI NALOG (E-račun) SI56 _____ Soglasje k prejemanju računov v elektronski obliki S podpisom soglašate, da vam izdajatelj Zavarovalnica Triglav, d.d. do objave, vse račune posreduje v elektronski obliki v elektronsko banko, na račun naveden v tej vlogi. Hkrati se strinjate z objavo papirnatih računov. <input type="checkbox"/> ODTEGLJAJ OD PLAČE Podjetje: _____ <input type="checkbox"/> NZ11A Smrt zaradi nezgode Upravičenec: _____ Davčna številka: _____ <input type="checkbox"/> DIREKTNA OBREMENITEV SI56 _____ Soglasje za direktno obremenitev SEPA S podpisom pooblaščate (A) Zavarovalnico Triglav, d.d., da posreduje navodila vašemu ponudniku plačilnih storitev za periodično obremenitev vašega plačilnega računa in (B) vašega ponudnika plačilnih storitev, da obremeni vaš plačilni račun v skladu z navodili, ki jih posreduje prejemnik plačil. Vaše pravice obsegajo tudi pravico do povračila denarnih sredstev v skladu s splošnimi pogoji vašega ponudnika plačilnih storitev. Povračilo denarnih sredstev je potrebno terjati v roku 8 tednov, ki prične teči od dne, ko je bil obremenjen vaš plačilni račun. Vaše pravice so navedene v splošnih pogojih poslovanja, ki jih lahko dobite pri vašem ponudniku plačilnih storitev. Obvestilo o vodenju direktne obremenitve SEPA z navedeno referenčno oznako soglasja boste prejeli naknadno po pošti.

3. PREJEMNIK RAČUNA (izpolni se v primeru, ko prejemnik računa ni dolžnik)

IME IN PRIIMEK PREJEMNIKA RAČUNA		DATUM ROJSTVA	
NASLOV PREJEMNIKA RAČUNA		DAVČNA ŠTEVILKA	

V primeru, da premijo za vas plačuje druga oseba je potrebno (dodatno) izpolniti podatke o prejemniku računa.

4. DRUGO (navedite spremembe)

Podpisani obrazec nam pošljite na info@triglav.si ali po pošti na naslov Zavarovalnica Triglav, d.d., Miklošičeva cesta 19, 1000 Ljubljana. Spremembo bomo uredili najkasneje v roku osmih (8) dni od prejema pravilno izpolnjenega obrazca.

želim, da me o izvedeni spremembi podatkov v zavarovalni pogodbi pisno obvestite.

TELEFON _____ E-NASLOV _____

KRAJ IN DATUM _____, _____

PODPIS ZAVAROVALCA _____

PODPIS IMETNIKA RAČUNA _____

(obvezen podpis prejemnika računa v primeru direktne obremenitve ali e-računa)