



# Zahtevek za priključitev/izključitev ali spremembo dodatnih zavarovanj

POSLOVNA SKRIVNOST

ŠTEVILKA  
POLICE

ZA-OZ-pis  
24-3

## 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 DRŽAVLIANSTVO

DAVČNA ŠTEVILKA TELEFONSKA ŠTEVILKA

E-NASLOV

### Osební dokument

VRSTA ŠTEVILKA

DATUM IZDAJE DATUM PRENEHANJA VELJAVNOSTI

NAZIV IZDAJATELJA

### 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 davčnem rezidentstvu skladno s FATCA in CRS (izpolnjevanje te rubrike ni potrebno za zakonitega zastopnika pravne osebe ter pri zahtevkih, ki se nanašajo na police rizičnih življenjskih zavarovanj, življenjskih zavarovanj za primer smrti in zavarovanj kreditorejmalcev)

Skladno z 255b. členom Zakona o davčnem postopku (ZDavP-2) mora zavarovalnica kot poročevalska finančna institucija Slovenije (PFI) izvajati postopke dolžne skrbnosti za identificiranje računov nerezidentov, zbirati in obdelovati informacije o računih nerezidentov ter jih letno sporočati pristojnemu organu (v RS FURS). Ob odprtju računa je dolžna pridobiti samopotrdilo, ki omogoča ugotoviti, kje je imetnik računa rezident za davčne namene. Oseba mora v samopotrdilu navesti resnične, pravilne in popolne podatke. Zavarovalnica skladno z 255c. členom ZDavP-2 vsakega imetnika računa obvešča o namenu zbiranja in obdelave osebnih podatkov, ki jih je skladno z 255č. členom ZDavP-2 dolžna poročati pristojnemu organu.

V katerih državah ste rezident za davčne namene:

<input type="checkbox"/> v Sloveniji	DAVČNA ŠTEVILKA
<input type="checkbox"/> v drugi državi	IME DRŽAVE DAVČNA ŠTEVILKA*
	IME DRŽAVE DAVČNA ŠTEVILKA*

\* 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).

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

Ne  Da

TAX IDENTIFICATION NUMBER – TIN

SOCIAL SECURITY NUMBER – SSN

### 3. Izjava o politični izpostavljenosti (izpolnjevanje te rubrike ni potrebno za zakonitega zastopnika pravne osebe)

Zavarovalnica je dolžna na podlagi Zakona o preprečevanju pranja denarja in financiranja terorizma preveriti, če je stranka ob sklepanju poslovnega razmerja, izvajanju transakcij, izvajanju sprememb in izplačil iz zavarovalnih pogodb, politično izpostavljena oseba.

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

V zvezi z izvajanjem določil zakona vas prosimo, da se v nadaljevanju opredelite glede politične izpostavljenosti:

- Da  Ne
- 1. 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
- 2. Ožji družinski člani osebe iz točke 1 tega poglavja so:** zakonec ali zunajzakonski partner, starši ter otroci in njihovi zakonci ali zunajzakonski partnerji.

- Da  Ne
- 3. Ožji sodelavci osebe iz točke 1 tega poglavja 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 tuje države, 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.

### 4. 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.

### 5. Priključitev Izključitev Sprememba dodatnega nezgodnega zavarovanja

Prva zavarovana oseba		IME IN PRIIMEK			
<input type="checkbox"/> za primer nezgodne smrti	ZAVAROVALNA VSOTA	€	PREMIJA	€	
<input type="checkbox"/> za primer invalidnosti	ZAVAROVALNA VSOTA	€	PREMIJA	€	
<input type="checkbox"/> za dnevno nadomestilo	ZAVAROVALNA VSOTA	€	PREMIJA	€	
<input type="checkbox"/> za nadomestilo za bolnišnični dan	ZAVAROVALNA VSOTA	€	PREMIJA	€	
<input type="checkbox"/> za nadomestilo za zlome, izpade in opekline	ZAVAROVALNA VSOTA	€	PREMIJA	€	
<input type="checkbox"/> 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					
<input type="checkbox"/> izključitev povečanega obsega zavarovalnega kritja, izvedenega z akcijsko priključitvijo s 01.					

Druga zavarovana oseba		IME IN PRIIMEK			
<input type="checkbox"/> za primer nezgodne smrti	ZAVAROVALNA VSOTA	€	PREMIJA	€	
<input type="checkbox"/> za primer invalidnosti	ZAVAROVALNA VSOTA	€	PREMIJA	€	
<input type="checkbox"/> za dnevno nadomestilo	ZAVAROVALNA VSOTA	€	PREMIJA	€	
<input type="checkbox"/> za nadomestilo za bolnišnični dan	ZAVAROVALNA VSOTA	€	PREMIJA	€	
<input type="checkbox"/> za nadomestilo za zlome, izpade in opekline	ZAVAROVALNA VSOTA	€	PREMIJA	€	
<input type="checkbox"/> 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					
<input type="checkbox"/> 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«

## 6. Priljučitev Izključitev Sprememba dodatnega zavarovanja za delovno nezmožnost

Prva zavarovana oseba	IME IN PRIIMEK	Druga zavarovana oseba	IME IN PRIIMEK
VRSTA DELA		VRSTA DELA	

Zavarovane osebe	Zav. doba	Zavarovalna vsota	Obseg zavarovalnega kritja	Zavarovalna premija	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 priklučitvi oziroma povišanju zavarovalnih vsot dodatnih zavarovanj je potrebno izpolniti prilogo »Vprašanja o zdravstvenem stanju zavarovane osebe«

## 7.a Priljučitev 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 povišanju zavarovalnih vsot dodatnih zavarovanj je potrebno izpolniti prilogo »Vprašanja o zdravstvenem stanju zavarovane osebe«.

## 7.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 obolevnosti ene od hujših bolezni in poškodb je zavarovana oseba.

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

## 7.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	€

## 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		Druška 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.

## 9. Priljučitev 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.a Izključitev dodatnega nezgodnega zavarovanja otrok

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

### 10.b Priljučitev 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 opekline in ostale poškodbe  
TP30R - Mesečna nezgodna renta za primer 30 ali več odstotne stopnje težjih poškodb

## 11. Izključitev dodatnega zavarovanja za primer brezposelnosti

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

V primeru priključitev / izključitev dodatnih zavarovanj po točkah od 5 do 11, po katerih je skupna mesečna premija nižja od 30 EUR, je možen način plačila le preko trajnega naloga (t.i. SEPA bremenitev) ali e-računa (preverite, če je potrebna sprememba načina plačila premije).

## 12. Deklaracija

1. Stranka s podpisom jamči za resničnost, točnost in popolnost vseh navedenih podatkov. Stranka se s podpisom zavezuje, da bo Zavarovalnico Triglav, d. d. nemudoma obvestila o vsaki spremembi navedenih podatkov.
2. Stranka se s podpisom zavezuje, da bo Zavarovalnico Triglav, d. d. nemudoma obvestila o vsaki spremembi okoliščin, ki vplivajo na spremembo statusa davčnega rezidentstva (kot npr. sprememba prebivališča/sedeža, sprememba države davčnega rezidentstva, sprememba davčne številke, statusa subjekta ipd.) in izjave o politični izpostavljenosti ter da bo dostavila novo samopotrdilo in izjavo o davčnem rezidentstvu skladno s spremembami okoliščin. Stranka s podpisom potrjuje zavedanje, da bo Zavarovalnica Triglav, d. d. do strankinega posredovanja spremenjenih podatkov štela za resnične podatke, s katerimi razpolaga in bo takšne podatke poročala tudi davčnim in drugim pristojnim organom. Stranka s podpisom potrjuje zavedanje, da lahko opustitev javljanja sprememb davčnih podatkov, zanjo predstavlja določene pravne posledice.
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, tj. 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](http://www.triglav.si). V primeru, da stranka nima dostopa do spleta, lahko kontaktira zavarovalnico in zahteva posredovanje tiskanega izvoda Politike zasebnosti. Pooblaščen oseba za varstvo podatkov v zavarovalnici je dostopna na naslovu: [dpo@triglav.si](mailto:dpo@triglav.si).
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.



Informacije o obdelavi osebnih podatkov pri sklepanju in izvajanju zavarovanj.

6. Stranka s podpisom izrecno dovoljuje, da Zavarovalnica Triglav, d. d. za namene preverjanja verodostojnosti podatkov, pri upravljavcih javnih evidenc oziroma pri pristojnih organih držav članic EU ali tretjih držav, konzularnih predstavništvih in veleposlaništvih teh držav v Republiki Sloveniji oziroma pri slovenskem ministrstvu, pristojnem za zunanje zadeve, preverja verodostojnost navedb, podanih na tem obrazcu.
7. 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., 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](mailto: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., Dunajska 22, 1000 Ljubljana, ali [info@triglavzdravje.si](mailto:info@triglavzdravje.si) ali spletni obrazec na strani [www.triglavzdravje.si](http://www.triglavzdravje.si). Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d. d., ima Politiko zasebnosti objavljeno na svoji spletni strani [www.triglavzdravje.si](http://www.triglavzdravje.si), pooblaščen oseba za varstvo osebnih podatkov pa je dostopna na naslovu: [dpo@triglavzdravje.si](mailto:dpo@triglavzdravje.si).
8. 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. Zavarovalec je seznanjen, da se začetek dodatnega kritja smiselno uporabljajo določbe o trajanju zavarovanja iz splošnih pogojev, ki veljajo za osnovno zavarovanje.
9. Stranka, ki je zahtevo podala preko predstavnika zavarovalnice, s podpisom potrjuje prejem obvestila po 545. členu Zakona o zavarovalništvu.
10. V primeru vzajemnega zavarovanja je dokumentacija popolna, ko zahtevek vložita oba zavarovalca.
11. Zahtevek, prejet 3 delovne dni pred iztekom koledarskega meseca, bo realiziran z začetkom veljavnosti 1. v naslednjem koledarskem mesecu.

## 13. Podpis (ime in priimek podpisnikov se mora izpisati z velikimi tiskanimi črkami)

KRAJ	IME IN PRIIMEK, ŠIFRA IN PODPIS PREDSTAVNIKA ZAVAROVALNICE
DATUM	

IME IN PRIIMEK TER PODPIS ZAVAROVALCA	IME IN PRIIMEK TER PODPIS ZAKONITEGA ZASTOPNIKA / POOBLAŠČENCA
IME IN PRIIMEK TER PODPIS ZAVAROVANE OSEBE DODATNEGA ZAVAROVANJA	IME IN PRIIMEK TER PODPIS ZAVAROVANE OSEBE DODATNEGA ZAVAROVANJA