



**VZAJEMNA**  
zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.

## OBRAZEC ZA SPREMEMBO PODATKOV FIZIČNE OSEBE

Obrazec natisnite, izpolnite in nam ga podpisanega pošljite na naslov  
vaše najbližje poslovalnice (glej poslovna mreža)

ŠTEVILKA ZAVAROVALNE POLICE: \_\_\_\_\_

### I. OBSTOJEČI PODATKI NA ZAVAROVALNI POLICI

#### 1. Sklenitelj zavarovanja (zavarovalec)

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Datum rojstva: \_\_\_\_\_

Ulica, hišna številka: \_\_\_\_\_

Poštna številka, kraj: \_\_\_\_\_

Telefonska številka: \_\_\_\_\_ Naslov elektronske pošte: \_\_\_\_\_

#### 2. Zavarovana oseba (zavarovanec)

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Datum rojstva: \_\_\_\_\_

ZZZS številka: \_\_\_\_\_

Ulica, hišna številka: \_\_\_\_\_

Poštna številka, kraj: \_\_\_\_\_

### II. SPREMEMBE PODATKOV NA ZAVAROVALNI POLICI

Kot sklenitelj zavarovanja zgoraj navedene zavarovalne police želim, da Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z., izvede naslednje navedene spremembe na zavarovalni polici.

#### 1. SPREMEMBA OSEBNIH PODATKOV

Prosimo, da navedete nove podatke za sklenitelja zavarovanja in/ali zavarovano osebo, če je prišlo do spremembe osebnih podatkov (imena, priimka, naslova, ipd.), kakor tudi v primeru, če želite spremeniti obstoječega sklenitelja zavarovanja v novega.

##### 1.1 Sprememba osebnih podatkov za sklenitelja zavarovanja/sprememba v novega sklenitelja zavarovanja:

→ NAVEDITE SPREMEMBE

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Datum rojstva: \_\_\_\_\_

ZZZS številka: \_\_\_\_\_

Ulica, hišna številka: \_\_\_\_\_

Poštna številka, kraj: \_\_\_\_\_

Telefonska številka: \_\_\_\_\_ Naslov elektronske pošte: \_\_\_\_\_



**VZAJEMNA**  
zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.

## 1.2 Sprememba osebnih podatkov za zavarovano osebo:

→ NAVEDITE SPREMEMBE

---

## 2. SPREMEMBA PLAČEVANJA PREMIJE (Vnesite samo želeno spremembo)

### 2.1 Sprememba frekvence plačevanja

(ustrezno označite z X)

mesečno       kvartalno       polletno       letno

### 2.2 Sprememba načina plačila premije

(ustrezno označite z X)

Posebna položnica

ZPIZ (IP številka): \_\_\_\_\_

(če ste se odločili za ZPIZ, vas prosimo, da navedete tudi IP številko, na podlagi katere bo ZPIZ po navedeni polici izvrševal odtegljaje premij od pokojnine)

Direktna obremenitev (trajnik)

Za plačevanje premije po navedeni polici pooblašča pravno osebo (odtegovalca):  
(izpolnite spodnja pripadajoča polja)

Naziv pravne osebe (odtegovalca): \_\_\_\_\_

Sedež pravne osebe (odtegovalca): \_\_\_\_\_

Podpis starega sklenitelja zavarovanja: \_\_\_\_\_ Kraj, datum: \_\_\_\_\_

Podpis novega sklenitelja zavarovanja: \_\_\_\_\_ Kraj, datum: \_\_\_\_\_

Podpis zavarovane osebe: \_\_\_\_\_ Kraj, datum: \_\_\_\_\_

izpolni zavarovalnica

Obrazec prevzel: \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

Sprememba izvedena dne: \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_

V primeru, da želite imeti en izvod podpisanega obrazca, nam posredujte dva podpisana izvoda in vam bomo enega vrnili.