



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)

Trajnik

(če ste se odločili za plačevanje preko trajnega naloga vas prosimo, da nam posredujete še izpolnjeni obrazec Pooblastilo banki za otvoritev trajnega naloga, ki ga najdete na spletni strani (e- obrazci))

Za plačevanje premije po navedeni polici pooblaščam 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 posredujete dva podpisana izvoda in vam bomo enega vrnili.



VZAJEMNA
zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.