



Obrazec za spremembo zavarovalca ali plačnika

Prosimo, da natisnjen obrazec izpolnite ČITLJIVO s tiskanimi črkami in ga OBVEZNO podpišite.
Za izvedbo spremembe zavarovalca ali plačnika je OBVEZEN podpis te osebe.

Obstoječi podatki na zavarovalni polici

Sklenitelj zavarovanja (zavarovalec)

Ime in priimek: _____

Naslov stalnega bivališča: _____

Naslov za pošiljanje pošte: _____

Datum rojstva: . .

Davčna številka:

Elektronski naslov: _____ Telefonska / GSM številka: _____

Zavarovana oseba (zavarovanec)

Izpolnite le, če sta zavarovalec in zavarovanec različni osebi.

Ime in priimek: _____

Naslov stalnega bivališča: _____

Naslov za pošiljanje pošte: _____

Datum rojstva: . .

Davčna številka:

Elektronski naslov: _____ Telefonska / GSM številka: _____

Spremembe podatkov na zavarovalni polici

Želim, da Vzajemna d.v.z., izvede naslednje spremembe na zavarovalni polici.

Zavarovanje: _____

Številka police: _____

Sprememba zavarovalca

Osební podatki novega zavarovalca:

Želim spremembo na vseh veljavnih policah.

Ime in priimek: _____

Naslov stalnega bivališča: _____

Naslov za pošiljanje pošte: _____

Datum rojstva: . .

Davčna številka:

Elektronski naslov: _____ Telefonska / GSM številka: _____

Želim, da se hkrati izvede tudi sprememba plačnika: DA NE (označite)

Podpis novega zavarovalca: _____

Sprememba plačnika

Osební podatki novega plačnika:

Ime in priimek: _____

Naslov stalnega bivališča: _____

Naslov za pošiljanje pošte: _____

Datum rojstva: . .

Davčna številka:

Elektronski naslov: _____ Telefonska / GSM številka: _____

Podpis novega plačnika: _____

POMEMBNO: Zavarovalec je nosilec zavarovalne pogodbe in dolžan plačevati premije. V primeru nastanka dolga je zavarovalec tožena stranka, tudi, če je plačnik premij druga oseba.

Seznanjen sem, da je Politika zasebnosti Vzajemne, kjer lahko prejmem vse informacije o obdelavi osebnih podatkov, dostopna na www.vzajemna.si.

Kraj in datum: _____

Podpis: _____

Izpolnjeno vlogo lahko oddate na najbližji poslovni enoti Vzajemne zdravstvene zavarovalnice, d. v. z., ali jo pošljete:

• na elektronski naslov: spremembe@vzajemna.si;

• po pošti na naslov: **Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d. v. z., Vošnjakova ulica 2, 1000 Ljubljana**