



Obrazec za spremembo zavarovalca ali plačnika

Prosimo, da natisnjen obrazec izpolnite ČITLJIVO s tiskanimi črkami in ga OBVEZNO podpišite. Obrazec pošljite na naš naslov (glejte poslovalnice Vzajemne). 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: Številka KZZ: (devetmestna št. nad imenom osebe na kartici zdravstvenega zavarovanja)

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: Številka KZZ: (devetmestna št. nad imenom osebe na kartici zdravstvenega zavarovanja)

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

Osebnosti novega zavarovalca:

Želim spremembo na vseh veljavnih policah.

Ime in priimek: _____

Naslov stalnega bivališča: _____

Naslov za pošiljanje pošte: _____

Datum rojstva: . . Davčna številka: Številka KZZ: (devetmestna št. nad imenom osebe na kartici zdravstvenega zavarovanja)

Elektronski naslov: _____ Telefonska / GSM številka: _____

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

Podpis novega zavarovalca: _____

Sprememba plačnika

Osebnosti novega plačnika:

Ime in priimek: _____

Naslov stalnega bivališča: _____

Naslov za pošiljanje pošte: _____

Datum rojstva: . . Davčna številka: Številka KZZ: (devetmestna št. nad imenom osebe na kartici zdravstvenega zavarovanja)

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: _____

Izpolni Vzajemna zdravstvena zavarovalnica

Kraj, datum: _____

Obrazec prevzel: _____