



Obrazec za spremembo podatkov fizične osebe

Obrazec natisnite, izpolnite in nam ga podpisanega pošljite na naslov vaše najbližje poslovalnice (glejte Poslovna mreža Vzajemne).

Številka zavarovalne police: _____

Obstoječi podatki na zavarovalni polici

1. Sklenitelj zavarovanja (zavarovalec)

Ime in priimek: _____ Datum rojstva: . .

Naslov stalnega bivališča: _____

Telefonska / GSM št.: _____ Naslov elektronske pošte: _____

2. Zavarovana oseba (zavarovanec)

Ime in priimek: _____ Datum rojstva: . .

Naslov stalnega bivališča: _____ Številka KZZ*:

Telefonska / GSM št.: _____ Naslov elektronske pošte: _____

* Devetmestna št. nad imenom osebe na kartici zdravstvenega zavarovanja.

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: . .

Naslov stalnega bivališča: _____ Številka KZZ*:

Telefonska / GSM št.: _____ Naslov elektronske pošte: _____

* Devetmestna št. nad imenom osebe na kartici zdravstvenega zavarovanja.

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)

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

Naziv pravne osebe (odtegovalca): _____

Sedež pravne osebe (odtegovalca): _____

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

Podpis starega sklenitelja zavarovanja: _____ Kraj, datum: _____

Podpis novega sklenitelja zavarovanja: _____ Kraj, datum: _____

Podpis zavarovane osebe: _____ Kraj, datum: _____

Izpolni Vzajemna, d.v.z.

Sprejeto dne: _____ Sprememba izvedena dne: _____

Obrazec sprejel: _____ Podpis: _____

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