

OBMOČNA ENOTA, Številka police, začetek veljavnosti spremembe 01.

(Zahtevek prejet 8 dni pred iztekom koledarskega meseca bo izveden z začetkom veljavnosti 1. v naslednjem koledarskem mesecu)

I. PODATKI O ZAVAROVANJU

Ime in priimek prvega zavarovalca / naziv pravne osebe

datum rojstva, davčna št., telefon št.

točen naslov

vrsta oseb. dokumenta, št. oseb. dokumenta, velja od:velja do:

Upravna enota, ki je dokument izdala

Ime in priimek drugega zavarovalca

datum rojstva, davčna št., telefon št.

točen naslov

vrsta oseb. dokumenta, št. oseb. dokumenta, velja od:velja do:

Upravna enota, ki je dokument izdala

Ime in priimek zakonitega zastopnika

datum rojstva, davčna št., telefon št.

točen naslov

vrsta oseb. dokumenta, št. oseb. dokumenta, velja od:velja do:

Upravna enota, ki je dokument izdala

II. FINANČNE SPREMEMBE

1. Sprememba zavarovalne premije/zavarovalne vsote

Sprememba zavarovalne premije osnovnega zavarovanja iz EUR na EUR.

Sprememba zavarovalne vsote osnovnega zavarovanja iz EUR na EUR.

- Če ob spremembi višine zavarovalne premije nova ZZV oziroma ZV ni določena, se le-ta spremeni sorazmerno s premijo in skladno s cenikom, ki je v veljavi ob sklenitvi zavarovanja.

- V primeru povečanja zavarovalne premije je potreben podpis plačnika premije (velja samo za investicijsko zavarovanje FLEKS za mlade).

2. Prenehanje plačevanja zavarovalne premije

Izjavljam, da ne želim nadaljevati s plačevanjem zavarovalne premije za zgoraj navedeno zavarovanje.



Ob prenehanju plačevanja premije želim, da se za sklenjeno zavarovanje izvede:

Mirovanje plačevanja premije za obdobje od do v skladu z veljavnimi splošnimi pogoji za sklenjeno zavarovanje, pri čemer za dodatna zavarovanja v času mirovanja jamstvo zavarovalnice ni podano.

Kapitalizacija zavarovanja (oprostitev nadaljnega plačevanja premije) v skladu z veljavnimi splošnimi pogoji za sklenjeno zavarovanje, pri čemer za dodatna zavarovanja v času kapitalizacije zavarovanja jamstvo zavarovalnice ni podano.

Storno brez vrednosti (prenehanje pogodbe) v skladu z veljavnimi splošnimi pogoji za sklenjeno zavarovanje, ki določajo posledice neplačevanja premije, pri čemer je zavarovalnica upravičena obdržati vse vplačane premije, osnovno in dodatna zavarovanja pa prenehajo ob 24.00 uri na dan prenehanja pogodbe.

III. Z NAMENOM IZBOLJŠANJA KVALITETE ZAVAROVALNIH STORITEV VAS PROSIMO, DA IZPOLNITE VPRAŠALNIK:

1. Kaj je razlog za navedeno spremembo zavarovanja?

- Spremenjeno finančno stanje.
- Sklenitev novega zavarovanja, kot zamenjavo obstoječega (označite vzrok):
 - Kapitalizacija/Storno obstoječega zavarovanja.
 - Neustrezno zavarovalno kritje.
 - Ugodnejša ponudba.
- Drugo:

2. Če ste zavarovanje sklenili pri drugi zavarovalnici, nam lahko zaupate pri kateri

3. Zaradi česa menite, da je druga zavarovalnica bolj ugodna:

- Nižji stroški Višji donosi Širše zavarovalno kritje
- Drugo:

4. Ali ste odločitev za spremembo zavarovanja sprejeli na podlagi:

- Lastne želje DA NE
- Priporočila zavarovalnega zastopnika DA NE

5. Ali vam je zavarovalni zastopnik predstavil stroške sklenitve novega zavarovanja in stroške prekinitve obstoječega zavarovanja?

(vstopne in izstopne stroške, višje nevarnostne premije zaradi višje starosti in eventualno spremenjenega zdravstvenega stanja, davčne obveznosti...)

- DA NE

6. Ali vam je zavarovalni zastopnik pojasnil prednosti obstoječega zavarovanja?

- DA NE

IV. DEKLARACIJA

- Zavarovalnica v zbirkah podatkov, ki jih vzpostavi, vodi in vzdržuje v skladu s predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov in zavarovalništvo, obdeluje naslednje osebne podatke svojih strank:
 - podatke, navedene v zavarovalni pogodbi in dokumentih, ki so z njo neločljivo povezani (npr. priloge, ponudbe, vprašalniki);
 - podatke o zavarovalnih primerih ter za presojo zavarovalnega kritja in višine odškodnine oziroma zavarovalnine;
 - podatke, ki jih zavarovalnica pridobi v drugih stikih z zavarovalcem, zavarovano osebo, zavarovancem ali tretjimi osebami (npr. pri nagradnih igrah, dogodkih, ki jih organizira zavarovalnica, registraciji in uporabi mobilnih in spletnih aplikacij);
 - podatke o danih privolitvah in podatke, posredovane s strani povezanih družb v Skupini Triglav na podlagi privolitve.
- S soglasjem stranke lahko zavarovalnica njene osebne podatke obdeluje tudi za namene, za katere le-ta posebej privoli.
- Osebne podatke iz zbirk zavarovalnice lahko obdelujejo tudi družbe, s katerimi ima zavarovalnica sklenjene pogodbe o obdelovanju osebnih podatkov. Če se pogodbeni obdelovalci osebnih podatkov nahajajo zunaj območja držav članic Evropske unije, se zagotavlja enak standard varstva osebnih podatkov, kot če bi obdelavo izvajala zavarovalnica sama. Prav tako lahko zavarovalnica za namen izvajanja zavarovalne in pozavarovalne pogodbe osebne podatke posreduje pozavarovalnici. Informacija o kategorijah pogodbenih obdelovalcev je dostopna v Politiki zasebnosti na spletni strani www.triglav.si.
- Zavarovalnica obdeluje osebne podatke tudi za potrebe izvajanja bonitetnih programov, t.j. nudenja raznih bonov ugodnosti in dodatnih popustov (npr. vključitev v Triglav komplet). Vključitev v bonitetni program je za stranko popolnoma prostovoljna.
- Zavarovalnica osebne podatke, pridobljene na podlagi zakona ali sklenjene pogodbe, hrani do poteka zakonskega roka hrambe. Osebne podatke, ki jih obdeluje na podlagi osebne privolitve, pa hrani do preklica privolitve. Enako velja tudi za obdelavo teh podatkov v družbah, katerim so bili s privolitvijo osebni podatki posredovani.
- Stranka lahko kadarkoli začasno ali trajno prekliče privolitve za obdelavo osebnih podatkov za namene iz (2) odstavka te deklaracije, ugovarja obdelavi osebnih podatkov za neposredno trženje ali zahteva dostop, dopolnitev, popravek, omejitev obdelave, prenos ali izbris osebnih podatkov, ki se obdelujejo v zvezi z njo, s pisno zahtevo poslano na naslov: Zavarovalnica Triglav, d.d., Miklošičeva 19, 1000 Ljubljana, ali info@triglav.si ali s pomočjo spletnega obrazca dostopnega na spletni strani www.triglav.si. Preklic privolitve ne vpliva na zakonitost obdelave, ki se je na podlagi privolitve izvajala do njenega preklica.
- Pooblaščen oseba za varstvo podatkov v zavarovalnici je dostopna na naslovu: dpo@triglav.si.
- Stranka ima pravico vložiti pritožbo pri Informacijskem pooblaščenca, če meni, da se njeni osebni podatki obdelujejo v nasprotju z veljavnimi predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov.
- Več informacij o varstvu osebnih podatkov v zavarovalnici je objavljenih v Politiki zasebnosti na spletni strani www.triglav.si. V primeru, da stranka nima dostopa do spleta lahko kontaktira zavarovalnico in zahteva posredovanje tiskanega izvoda Politike zasebnosti.
- V primeru sozavarovanja so na strani Triglav, Zdravstvene zavarovalnice, d.d., kontaktni naslovi za preklic privolitve, ugovore in druge zahteve v zvezi z obdelavo osebnih podatkov: Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., Pristaniška ulica 10, 6000 Koper, ali info@triglavzdravje.si ali spletni obrazec na strani www.triglavzdravje.si. Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., ima Politiko zasebnosti objavljeno na svoji spletni strani www.triglavzdravje.si, pooblaščen oseba za varstvo osebnih podatkov pa je dostopna na naslovu: dpo@triglavzdravje.si.
- Stranka je seznanjena, da je dolžna zavarovalnico obvestiti o svoji morebitni preselitvi v tujino in ji nemudoma sporočiti tudi vse spremembe podatkov, ki so lahko pomembne za presojo davčne obveznosti (predvsem rezidentstvo in tuja davčna številka) in politične izpostavljenosti. Če je stranka pravna oseba, je slednja dolžna zavarovalnico obvestiti o morebitnih spremembah sedeža in organizacije ter o spremembi strukture lastnikov, relevantnih za presojo davčne in drugih obveznosti glede preprečevanja pranja denarja. S podpisom stranka potrjuje, da ni državljan ZDA oziroma rezident ZDA za davčne namene, razen če tega ni označila na zahtevku.
- Stranka s podpisom potrjuje prejem pisnega obvestila po 545. členu Zakona o zavarovalništvu (ZZavar-1).

V. PODPISI

V, dne

.....
podpis prvega zavarovalca oz. žig in podpis zakonitega zastopnika, če je zavarovalec pravna oseba

.....
podpis drugega zavarovalca

.....
podpis prve zavarovane osebe

.....
podpis druge zavarovane osebe

Podatki o predstavniku zavarovalnice

Šifra	Priimek in ime	Podpis	Kraj	Datum

Le s popolno izpolnjeno prijavo ter predložitvijo vseh potrebnih dokumentov bo vaš zahtevek lahko hitro in ustrezno rešen v obojestransko zadovoljstvo.