



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: _____

I. Obstoječi podatki na zavarovalni polici

1. Sklenitelj zavarovanja (zavarovalec)

Ime in priimek: _____

Datum rojstva (dan, mesec in leto rojstva): . .

Naslov stalnega bivališča: _____ Poštna št.: Kraj: _____

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

2. Zavarovana oseba (zavarovanec)

Ime in priimek: _____

Datum rojstva (dan, mesec in leto rojstva): . .

Številka KZZ:

Naslov stalnega bivališča: _____ Poštna št.: 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 (navedenite spremembe):

Ime in priimek: _____

Datum rojstva (dan, mesec in leto rojstva): . . Številka KZZ:

Naslov stalnega bivališča: _____ Poštna št.: Kraj: _____

Telefonska / GSM št.: _____ Naslov elektronske pošte: _____ (devetmestna št. nad imenom osebe na kartici zdravstvenega zavarovanja)

1.2 Sprememba osebnih podatkov za zavarovano osebo (navedenite 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)

Direktna obremenitev (trajnik)

Za plačevanje premije po navedeni polici pooblašчам 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:	Datum:
Sprememba izvedena dne:	Podpis:

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