



Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.  
Pristaniška ulica 10  
6000 Koper-Capodistria

triglavzdravje

T: 05 66 22 000  
F: 05 66 22 002  
E: info@triglavzdravje.si  
S: www.triglavzdravje.si

## OBRAZEC ZA SPREMEMBO PODATKOV

Podpisani/a \_\_\_\_\_, rojen/a dne \_\_\_\_\_ želim, da se v zavarovalni pogodbi/zavarovalnih pogodbah št. \_\_\_\_\_ izvede naslednje spremembe (ustrezno označite):

### 1. SPREMEMBA OSEBNIH PODATKOV

<input type="checkbox"/> IME/PRIIMEK	IZ _____	NA _____
<input type="checkbox"/> STALNI NASLOV	IZ _____	NA _____
<input type="checkbox"/> NASLOV ZA OBVEŠČANJE	IZ _____	NA _____

### 2. SPREMEMBA PLAČEVANJA PREMIJE:

<input type="checkbox"/> DINAMIKA PLAČEVANJA	<input type="checkbox"/> mesečna <input type="checkbox"/> četrletna <input type="checkbox"/> polletna <input type="checkbox"/> letna
<input type="checkbox"/> NAČIN PLAČILA	<input type="checkbox"/> PLAČILNI NALOG (papirna oblika) <input type="checkbox"/> PLAČILNI NALOG (E-račun) SI56 _____ <b>Soglasje k prejemanju računov v elektronski obliki</b> S podpisom soglašate, da vam izdajatelj Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. do odjave, vse račune posreduje v elektronski obliki v elektronsko banko, na račun naveden v tej vlogi. Hkrati se strinjate z odjavo papirnatih računov. <input type="checkbox"/> ODTEGLJAJ OD PLAČE    Podjetje: _____ <input type="checkbox"/> ODTEGLJAJ PRI POKOJNINI    Številka upokojenca: _____ <input type="checkbox"/> DIREKTNA OBREMENITEV SI56 _____ <b>Soglasje za direktno obremenitev SEPA</b> S podpisom pooblaščate (A) Triglav, Zdravstveno zavarovalnico, d.d., da posreduje navodila vašemu ponudniku plačilnih storitev za periodično obremenitev vašega plačilnega računa in (B) vašega ponudnika plačilnih storitev, da obremeni vaš plačilni račun v skladu z navodili, ki jih posreduje prejemnik plačil. Vaše pravice obsegajo tudi pravico do povračila denarnih sredstev v skladu s splošnimi pogoji vašega ponudnika plačilnih storitev. Povračilo denarnih sredstev je potrebno terjati v roku 8 tednov, ki prične teči od dne, ko je bil obremenjen vaš plačilni račun. Vaše pravice so navedene v splošnih pogojih poslovanja, ki jih lahko dobite pri vašem ponudniku plačilnih storitev. Obvestilo o vodenju direktne obremenitve SEPA z navedeno referenčno oznako soglasja boste prejeli naknadno po pošti.

### 3. PREJEMNIK RAČUNA (izpolni se v primeru, ko prejemnik računa ni dolžnik)

IME IN PRIIMEK PREJEMNIKA RAČUNA	_____
NASLOV PREJEMNIKA RAČUNA	_____

V primeru, da premijo za vas plačuje druga oseba je potrebno (dodatno) izpolniti podatke o prejemniku računa.

### 3. DRUGO (navedite spremembe):

Podpisan obrazec nam pošljite po mailu, faksu ali na naslov vam najbližjega zastopstva Triglav, Zdravstvene zavarovalnice, d.d. Zavarovalnica bo vlogo rešila najkasneje v roku osmih (8) dni od prejema pravilno izpolnjenega obrazca.

Želim, da me o izvedeni spremembi podatkov v zavarovalni pogodbi pisno obvestite.

TELEFON \_\_\_\_\_ E-NASLOV \_\_\_\_\_

KRAJ IN DATUM \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

PODPIS ZAVAROVALCA \_\_\_\_\_

PODPIS IMETNIKA RAČUNA \_\_\_\_\_  
(obvezen podpis prejemnika računa v primeru direktne obremenitve ali e-računa)



Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., Pristaniška ulica 10, 6000 Koper-Capodistria,  
matična št.: 5848091000, ID za DDV: SI50250957,  
Okrožno sodišče v Kopru, reg. vl. 1/06376/00, osnovni kapital: 25.822.143,60 EUR.