



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

triglavzdravje

T: 080 26 64
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-naslov) E-naslov _____
	<input type="checkbox"/> PLAČILNI NALOG (E-račun) SI56 _____
	Soglasje k prejemanju računov v elektronski obliki 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 _____	
Soglasje za direktno obremenitev SEPA 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		DATUM ROJSTVA	
NASLOV PREJEMNIKA RAČUNA		DAVČNA ŠTEVILKA	

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

4. DRUGO (navedite spremembe)

Podpisani obrazec nam pošljite na info@triglavzdravje.si ali po pošti na naslov Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., Pristaniška ulica 10, 6000 Koper – Capodistria. Spremembo bomo uredili 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.

351.107.010.06