



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

triglavzdravje

T: 080 26 64
E: info@triglavzdravje.si
S: www.triglavzdravje.si

ZAHTEVEK ZA UREDITEV DVOJNEGA DOPOLNILNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Spodaj podpisani/a (ime in priimek): _____

9-mestna številka kartice zdravstvenega zavarovanja (KZZ): _____

Datum rojstva: _____

Naslov stalnega bivališča:

Telefon: _____ E-naslov: _____

Podajam vlogo za ureditev dopolnilnega zavarovanja pri Triglav, Zdravstveni zavarovalnici, d.d.

Dopolnilno zavarovanje pri Triglav, Zdravstveni zavarovalnici, d.d. imam sklenjeno od (datum): _____.

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje imam sklenjeno še pri drugi zavarovalnici (ustrezno označi): GENERALI (nekdanja ADRIATIC SLOVENICA oz. AS) / VZAJEMNA, kjer imam zavarovanje sklenjeno z začetkom zavarovanja od datuma:

_____.

Svojo vlogo utemeljujem z naslednjim (opišite vašo zahtevo):

Po obravnavi dvojnega zavarovanja želim ostati zavarovanec TRIGLAV, Zdravstvene zavarovalnice, d.d. DA NE
V kolikor zavarovalnica ni pristojna za reševanje dvojnega zavarovanja, dovoljujem, da zahtevek v mojem imenu posreduje na konkurenčno zavarovalnico.

Seznanjen sem, da si bosta zgoraj navedeni zavarovalnici za namen ureditve dvojnega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja izmenjali moje naslednje osebne podatke: ime, priimek, št. KZZ in datum rojstva ter datum začetka zavarovanja.

Priloge (priložiti je potrebno kopije):

- 1) Izjava o odpovedi posredovana Triglav, zdravstveni zavarovalnici, d.d.: DA / NE
- 2) Sklenjena pristopnica s Triglav, Zdravstveno zavarovalnico, d.d.: DA / NE

Kraj in datum:

Podpis:



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.