

OBMOČNA ENOTA, Številka police, začetek veljavnosti spremembe 01.

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

1. OPREDELITEV POTREB IN ZAHTEV STRANKE

Izjavljam, da imam v skladu z Direktivo o distribuciji zavarovanj in Zakonom o zavarovalništvu, potrebo po priključitvi/izključitvi ali spremembi dodatnih zavarovanj, kot izhaja iz izpolnjenega zahtevka.

2. PODATKI O ZAVAROVANJU

Ime in priimek prvega zavarovalca / naziv pravne osebe

datum rojstva davčna št., telefon št.

točen naslov

št. osebnega dokumenta, vrsta osebnega dokumenta, organ, ki je dokument izdal

Ime in priimek drugega zavarovalca, datum roj.

točen naslov, davčna št.

št. osebnega dokumenta, vrsta osebnega dokumenta, organ, ki je dokument izdal

Ime in priimek zakonitega zastopnika, datum roj.

točen naslov, davčna št.

št. osebnega dokumenta, vrsta osebnega dokumenta, organ, ki je dokument izdal

3. PRIKLJUČITEV / IZKLJUČITEV / SPREMEMBA DODATNEGA NEZGODNEGA ZAVAROVANJA

za prvo zavarovano osebo



za primer nezgodne smrti in invalidnosti zavarovalna vsota EUR; premija EUR.

za dnevno nadomestilo zavarovalna vsota EUR; premija EUR.

za nadomestilo za bolnišnični dan zavarovalna vsota EUR; premija EUR.

za rento * zavarovalna vsota EUR; premija EUR.

izključitev povečanega obsega zavarovalnega kritja, izvedenega z akcijsko priključitvijo s 01.

* mesečna renta za 50 ali več odstotno invalidnost, nastalo zaradi nezgode.

Upravičenec za primer nezgodne smrti

Upravičenec za INV, DNO, NBD, RENTO

za drugo zavarovano osebo

za primer nezgodne smrti in invalidnosti zavarovalna vsota EUR; premija EUR.

za dnevno nadomestilo zavarovalna vsota EUR; premija EUR.

za nadomestilo za bolnišnični dan zavarovalna vsota EUR; premija EUR.

za rento * zavarovalna vsota EUR; premija EUR.

izključitev povečanega obsega zavarovalnega kritja, izvedenega z akcijsko priključitvijo s 01.

* mesečna renta za 50 ali več odstotno invalidnost, nastalo zaradi nezgode.

Upravičenec za primer nezgodne smrti

Upravičenec za INV, DNO, NBD, RENTO

4. PRIKLJUČITEV / IZKLJUČITEV / SPREMEMBA DODATNEGA NEZGODNEGA ZAVAROVANJA STAREJŠIH

(priključitev zavarovanjem 50PLUS ni možna)

Paket	Zavarovalne vsote			Mesečna premija glede na pristopno starost zavarovane osebe		
	100-odstotna trajna invalidnost	Nadomestilo za zlom, izpah, opekline	Dnevno nadomestilo za fizikalno terapijo	50 do 60 let	61 do 70 let	71 do 80 let
<input type="checkbox"/> A	10.000	500	-	1,72	1,99	2,54
<input type="checkbox"/> B	10.000	500	10	4,22	4,79	5,94
<input type="checkbox"/> C	15.000	1.000	15	6,88	7,84	9,76
<input type="checkbox"/> D	20.000	1.000	20	8,44	9,58	11,88
<input type="checkbox"/> E	30.000	1.500	30	12,66	14,37	17,82

Zavarovalec - zavarovana oseba izjavljam, da sem zmožen samostojno opravljati vse osnovne življenjske potrebe, in sicer: samostojno gibanje, hranjenje, oblačenje in slačenje, obuvanje in sezuvanje, skrb za osebno higieno in odvajanje.

Upravičenec za primer invalidnosti, zlomov, izpahov, opeklin in dnevnega nadomestila za fizikalno terapijo je zavarovana oseba.

5. PRIKLJUČITEV / IZKLJUČITEV / SPREMEMBA DODATNEGA ZAVAROVANJA ASISTENCE PO POŠKODBI

	Oblika zavarovanja in zavarovalna premija			Oblika zavarovanja in zavarovalna premija		DPZP – 8,5 %
Prva zav. oseba	<input type="checkbox"/> Individualno	<input type="checkbox"/> Družinsko	Druga zav. oseba*	<input type="checkbox"/> Individualno	<input type="checkbox"/> Družinsko	DA/NE
						Skupaj premija

* Zavarovanje za drugo zavarovano osebo je smiselno skleniti le, če ta ni ožji družinski član prve zavarovane osebe.
Zavarovalna vsota znaša 3.000 EUR, od tega 600 EUR za ambulantno rehabilitacijo.
Zavarovanje je sklenjeno v sozavarovanju s TRIGLAV, zdravstveno zavarovalnico, d.d., ki prek Zdravstvene točke izvaja reševanje zavarovalnih zahtekov.

6. PRIKLJUČITEV / IZKLJUČITEV / SPREMEMBA DODATNEGA ZAVAROVANJA HUJŠIH BOLEZNI IN POŠKODB
 Prva zavarovana oseba

 zav. doba let ; zav. vsota EUR; obseg kritja: osnovni paket; razširjeni paket; premija EUR.

 Druga zavarovana oseba

 zav. doba let; zav. vsota EUR; obseg kritja: osnovni paket; razširjeni paket; premija EUR.

Upravičenec v primeru prve ugotovitve obolenosti ene od hujših bolezni in poškodb je zavarovana oseba.

Opomba: Ob priključitvi oziroma povišanju zavarovalnih vsot dodatnih zavarovanj je obvezna izpolnjena priloga "Vprašanja o zdravstvenem stanju zavarovane osebe".

7. IZKLJUČITEV/SPREMEMBA DODATNEGA ZAVAROVANJA KBI Z IZPLAČILOM DODATNE ZAVAROVALNE VSOTE
 za 1. zavarovano osebo: zavarovalna doba let; zavarovalna vsota EUR; premija EUR.

 za 2. zavarovano osebo: zavarovalna doba let; zavarovalna vsota EUR; premija EUR.

8. PRIKLJUČITEV/IZKLJUČITEV/SPREMEMBA DODATNEGA NEZGODNEGA ZAVAROVANJA OTROK

Ime in priimek zavarovanca	Datum rojstva	Naslov zavarovanca	Spol (M/Ž)	Davčna številka	Zavarovalno kritje	Zavarovalna premija v EUR

Zavarovalne vsote in premija dodatnega nezgodnega zavarovanja otrok za starost od 0 let do 14 let v EUR (ustrezno označite)

Kombinacija	SMN *	INV	DNO	NBD	DBT	Zavarovalna premija v EUR
A	0,00	10.000,00	2,00	40,00	40,00	1,93
B	0,00	20.000,00	3,00	50,00	50,00	3,06
C	0,00	30.000,00	4,00	60,00	60,00	4,19

Zavarovalne vsote in premija dodatnega nezgodnega zavarovanja otrok za starost od 15 let do 28 let v EUR (ustrezno označite)

Kombinacija	SMN *	INV	DNO	NBD	DBT	Zavarovalna premija v EUR
A	5.000,00	10.000,00	3,00	20,00	20,00	3,19
B	7.500,00	20.000,00	5,00	30,00	30,00	5,53
C	10.000,00	30.000,00	8,00	40,00	40,00	8,53

Dotatno nezgodno zavarovanje otrok preneha ob poteku osnovnega zavarovanja oziroma ob koncu koledarskega leta v katerem otrok dopolni 28. leto starosti.

Upravičenec za primer smrti: starši oziroma zakoniti zastopnik.

9. PRIKLJUČITEV/IZKLJUČITEV/SPREMEMBA DODATNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA NA POTOVANJIH V TUJINI Z ASISTENCO

Ime in priimek zavarovanca	Datum rojstva	Naslov zavarovanca	Spol (M/Ž)	Davčna številka	Zavarovalno kritje	Zavarovalna premija v EUR

Skupna zavarovalna vsota za eno osebo/od tega za prevozne stroške v EUR (ustrezno označite)

Zavarovalno kritje	Skupna zavarovalna vsota največ do	Od tega za povrnitev stroškov prevoza največ do	Mesečna premija
A	20.000,00	5.000,00	2,43
B	35.000,00	10.000,00	3,66
C	50.000,00	15.000,00	5,58

V kolikor je ob priključitvi dodatnih zavarovanj do poteka zavarovanja manj kot 120 mesecev, se na premijo dodatnih zavarovanj (razen za ZZPT) obračuna davek od prometa zavarovalnih poslov, v skladu z določili vsakokrat veljavne zakonodaje.

10. DEKLARACIJA

- Zavarovalec potrjuje prejem relevantnih zavarovalnih pogojev in klavzul za dodatno zavarovanje, katerega priključuje: PG-D-DNZ/18-1, PG-D-OTR/18-1, PG-NE/17-4, tabelo invalidnosti PG-NE-tinv/17-4, PG-D-HBP/18-1, KL-D-FLS/16-6, PG-D-ZDR-pt/13-7, PG-D-NZS/16-6, PG-D-ASP/18-1 ter pisnega obvestila po 545. členu Zakona o zavarovalništvu (ZZavar-1).
- Zavarovalec je seznanjen, da se za začetek dodatnega kritja smiselno uporabljajo določbe o trajanju zavarovanja iz splošnih pogojev, ki veljajo za osnovno zavarovanje.
- Zavarovalec in zavarovana oseba sta seznanjena, da se bodo osebni podatki, vključno z zdravstveno dokumentacijo, za namen obdelave zavarovalnega primera izmenjevali med Zavarovalnico Triglav, d.d., Ljubljana in Triglav, zdravstveno zavarovalnico, d.d., Koper, in sicer v skladu z zakonodajo in dogovorom o skupnem upravljanju, sklenjenim med obema družbama, za katerega vsebino lahko kontaktirate pooblaščenca osebo za varstvo podatkov na e-naslov dpo@triglav.si.
- 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, upravičencem 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 preklic 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.
- Pooblaščenca 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, pooblaščenca 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.

V, dne (podpis zavarovane osebe dodatnega zavarovanja)

(podpis zavarovalca, oziroma žig in podpis zakonitega zastopnika, če je zavarovalec pravna oseba) (podpis zavarovane osebe dodatnega zavarovanja)

Podatki o predstavniku zavarovalnice

Šifra	Priimek in ime	Podpis	Kraj	Datum