

OBMOČNA ENOTA ..... Številka police .....

Ime in priimek člana ..... , datum rojstva .....

kraj in država rojstva ..... točen naslov .....

tel. številka ..... , e-naslov ..... , davčna številka .....

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

rezident Republike Slovenije  DA  NE, rezident države: .....

Državljan ZDA/ Rezident ZDA za davčne namene  DA;  NE, TIN / SSN .....  
(tax identification number/social security number)

Ime in priimek zakonitega zastopnika/pooblaščenca ..... , datum rojstva .....

kraj in država rojstva ..... točen naslov .....

tel. številka ..... , e-naslov ..... , davčna številka .....

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

rezident Republike Slovenije  DA  NE, rezident države: .....

V skladu z določili 417. člena zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju ZPIZ-2 in pokojninskega načrta, podajam zahtevek za izplačilo sredstev vplačanih do 31.12.2012, zbranih na mojem računu kolektivnega prostovoljnega dodatnega pokojninskega zavarovanja.

Sredstva zbrana na podlagi vplačil do 31.12.2012, zmanjšana za izstopne stroške v višini 1% in akontacijo dohodnine v višini 25% naj se nakaže na račun:

banka in številka računa .....

## Deklaracija



- Član potrjujem prejem pisnega obvestila po 545. členu Zakona o zavarovalništvu (ZZavar-1) in izjave o politični izpostavljenosti.
- Član, zavarovana oseba, zakoniti zastopnik in pooblaščenec dovoljujejo, da se v skladu z zakonom, ki ureja varstvo osebnih podatkov, osebni podatki iz zavarovanja obdelujejo v zbirki podatkov, ki jo vzpostavi, vodi in vzdržuje zavarovalnica. Zavarovana oseba dovoljuje, da zavarovalnica za potrebe sklepanja in izvajanja zavarovanja pridobiva in obdeluje podatke o njenem zdravstvenem stanju.
- Član, zavarovana oseba, zakoniti zastopnik in pooblaščenec dovoljujejo, da zavarovalnica obdeluje osebne podatke iz zavarovalne pogodbe in iz dokumentov, nastalih ob izvajanju zavarovalne pogodbe, razen občutljivih osebnih podatkov, za namene izvajanja bonitetnih programov, segmentacije in profiliranja strank ter za izvajanje neposrednega trženja zase in za družbe Skupine Triglav.
- Zavarovalnica lahko osebne podatke člana iz prejšnje točke za namene iz iste točke posreduje v obdelavo družbam skupine Triglav, ki se ukvarjajo z zavarovalniško dejavnostjo, dejavnostjo zavarovalnega zastopanja ali posredovanja ali dejavnostjo upravljanja finančnih skladov. Družbe skupine Triglav so navedene na seznamu, dostopnem na [www.triglav.eu](http://www.triglav.eu).
- Osebne podatke iz tretje točke lahko za namene iz iste točke obdelujejo tudi pooblaščenec družbe, s katerimi ima zavarovalnica sklenjene pogodbe o opravljanju storitev zavarovalnega zastopanja ali posredovanja in pogodbe o obdelovanju osebnih podatkov. Informacija o pooblaščenih družbah je dostopna na [www.triglav.si](http://www.triglav.si).
- Član, zavarovana oseba, zakoniti zastopnik in pooblaščenec lahko dovoljenje za obdelavo osebnih podatkov za namene iz tretjega odstavka kadarkoli prekliče s pisno zahtevo poslano na naslov: Zavarovalnica Triglav, d.d., Miklošičeva 19, 1000 Ljubljana.
- Član sem seznanjen, da sem dolžan 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). Če je zavarovalec pravna oseba, je slednja dolžna zavarovalnico obvestiti o morebitnih spremembah sedeža in organizacije ter o spremembi strukture lastnikov, relevantnih za presojo davčne obveznosti. Zavarovalec s podpisom zahtevka potrjujem, da nisem državljan ZDA oziroma rezident ZDA za davčne namene, razen če tega nisem označil na zahtevku.
- Član s podpisom soglašam, da me zavarovalnica po elektronski pošti ali preko spletne poslovalnice [i.triglav](http://i.triglav) obvešča o spremembah pogodbe skladno s 523. členom ZZavar-1, zlasti o spremembah firme in sedeža zavarovalnice, višine premije in zavarovalne vsote, naložb, skladov in referenčnih vrednosti ter strategije, o prevrednotenju, mirovanju, kapitalizaciji ali prenehanju zavarovanja, dodatnih kritjih, stanju sredstev, donosnosti in udeležbi na dobičku. Zavarovalec lahko soglasje iz 523. člena ZZavar-1 kadarkoli prekliče s pisno zahtevo, poslano na naslov Zavarovalnica Triglav, d.d., Miklošičeva c.19, Ljubljana.

V ..... , dne .....

.....  
zavarovalnica

.....  
podpis člana/zakonitega zastopnika/pooblaščenca

*Le s popolno izpolnjeno prijavo bo vaš zahtevek lahko hitro in ustrezno rešen v obojestransko zadovoljstvo.*