

OBMOČNA ENOTA, Št. police, Št. škodnega spisa
izpolni zavarovalnica

Ime in priimek upravičenca, 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:

Po polici življenjskega zavarovanja, številka prijavljam ugotovitev obolezosti za kritično bolezen definirano
v zavarovalnih pogojih Zavarovalnice Triglav, d.d in za potrebe rešitve zavarovalnega primera prilagam naslednje listine:

- izvornik police življenjskega zavarovanja,
- fotokopijo zdravstvenega kartona z vsemi izvidi,
- fotokopijo specialističnih izvidov o zdravljenju nastale bolezni,
- ostalo

Zavarovalnica sme zahtevati še druge dokaze, ki so potrebni za ugotovitev pravice do izplačila.

Ime in priimek zavarovane osebe, datum in kraj rojstva

točen naslov, tel. številka

O bolezni vem naslednje:

- a) katera bolezen je bila ugotovljena
- b) kdaj je bila ugotovljena
- c) zdravil sem se (doma ali v bolnišnici in v kateri)

Izplačilo zavarovalne vsote naj se izvede na račun upravičenca:

ime in priimek imetnika računa

banka in številka računa



Deklaracija

1. Zavarovalec, zavarovana oseba, upravičenec, 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.
2. Zavarovalec, zavarovana oseba, upravičenec, 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.
3. Zavarovalnica lahko osebne podatke zavarovalca iz prejšnje točke za namene iz iste tičke 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.
4. Osebne podatke iz druge 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.
5. Zavarovalec, zavarovana oseba, upravičenec, zakoniti zastopnik in pooblaščenec lahko dovoljenje za obdelavo osebnih podatkov za namene iz drugega odstavka kadarkoli prekličeta s pisno zahtevo poslano na naslov: Zavarovalnica Triglav, d.d., Miklošičeva 19, 1000 Ljubljana.
6. Zavarovalec 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.
7. Zavarovalec s podpisom soglašam, da me zavarovalnica po elektronski pošti ali preko spletne poslovalnice 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 prekličeta s pisno zahtevo, poslano na naslov Zavarovalnica Triglav, d.d., Miklošičeva c.19, Ljubljana.

Izjavljam, da sem na vsa vprašanja odgovoril po resnici in popolno.

V, dne, podpis zakonitega zastopnika/pooblaščenca

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 zavarovalnica podpis upravičenca