

OBMOČNA ENOTA .....

Številka police .....

Ime in priimek zavarovane osebe ....., datum rojstva .....

točen naslov ....., telefon št. ....

Ime in priimek upravičenca ....., datum rojstva .....

točen naslov ....., telefon št. ....

e- naslov ....., davčna št. ....

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

Po polici življenjskega zavarovanja, številka ..... prijavljam popolno trajno nezmožnost za delo/hujše stanje, definirano v zavarovalnih pogojih predhodno navedene zavarovalne police in za potrebe rešitve zavarovalnega primera prilagam naslednje listine:

- izvornik police življenjskega zavarovanja,
- fotokopijo zdravstvenega kartona z vsemi izvidi,
- fotokopijo specialističnih izvidov o zdravljenju nastalega stanja,
- fotokopijo mnenja invalidske komisije ZZS,
- fotokopijo odločbe invalidske komisije ZZS,
- ostalo .....

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

**Vzrok nastanka zavarovalnega primera:**

- bolezen
- nezgoda



**O boleznih vem naslednje:**

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

**Na spodnja vprašanja odgovorite, če je vzrok nastanka zavarovalnega primera nezgoda:**

- a) V katerem kraju je nezgoda nastala? .....
- b) Pri katerem opravilu je nezgoda nastala? .....
- c) Iz katerega vzroka? .....
- d) Ali je bila uvedena preiskava (kje in v kateri ustanovi)? .....
- e) Ali je bil narejen policijski zapisnik (katera policijska postaja)? .....
- f) Regისტrska številka vozila (če je bila nezgoda z vozilom) .....
- g) Ime in priimek voznika (če je bila nezgoda z vozilom) .....
- h) Morebitne priče dogodka .....
- i) Opis poškodb zaradi nezgode .....
- j) Kje ste se zdravili zaradi te nezgode? .....

**Izplačilo zavarovalne vsote naj se izvede:**

- v enkratnem znesku
- v obliki finančne rente za dobo izplačevanja .....

**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](http://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](http://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](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 prekliča s pisno zahtevo, poslano na naslov Zavarovalnica Triglav, d.d., Miklošičeva c.19, Ljubljana.

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

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

žig in šifra ter podpis predstavnika zavarovalnice

.....  
podpis upravičenca