

Prijavnica za opravljanje preizkusa strokovnega znanja

(označite in izpolnite prazna polja)

OPRAVLJANJE POSLOV	<input type="checkbox"/>	ZAVAROVALNEGA ZASTOPANJA
	<input type="checkbox"/>	ZAVAROVALNEGA POSREDOVANJA
	<input type="checkbox"/>	ZAVAROVALNEGA POSREDOVANJA – delni preizkus (Izpolni le tisti, ki je predhodno že opravil preizkus znanja za zavarovalnega zastopnika!) Preizkus znanja za opravljanje poslova zavarovalnega zastopanja pri Slovenskem zavarovalnem združenju sem opravil/-a dne _____, št. potrdila _____.)
IZPITNI ROK	Datum pisnega izpita:	
	Izpit bom opravljal/a:	<input type="checkbox"/> prvič <input type="checkbox"/> drugič <input type="checkbox"/> tretjič <input type="checkbox"/> _____
OSEBNI PODATKI	Ime in priimek:	Datum rojstva:
	Spol:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž Kraj rojstva:
	Dekliški priimek:	Država rojstva:
	Naslov stalnega prebivališča:	
	Poštna številka in naziv pošte:	
	Naslov za obveščanje (če je različen od stalnega prebivališča):	
	Telefon:	
	E-naslov:	
IZOBRAZBA	Zaključena izobrazba:	<input type="checkbox"/> srednja <input type="checkbox"/> višja <input type="checkbox"/> visoka <input type="checkbox"/> univerzitetna <input type="checkbox"/> magisterij <input type="checkbox"/> doktorat
	Prijavnici priložite s strani upravne enote ali notarja overjeno kopijo dokazila o zaključeni izobrazbi v slovenskem jeziku.	
ZAPOSLITEV	Družba:	
	Naslov družbe:	
	Delovno mesto:	
PLAČILO	Plačnik preizkusa znanja:	<input type="checkbox"/> delodajalec <input type="checkbox"/> samoplačnik
	Če je plačnik delodajalec:	Davčna številka:
		Davčni zavezanec: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
		E-račun: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE

SOGLASJE ZA POSREDOVANJE REZULTATOV:

Soglašam, da SZZ posreduje moje rezultate preizkusa strokovnega znanja mojemu delodajalcu na e-poštni naslov:

Izjavljam, da so vsi vpisani podatki resnični in točni. Osebnne podatke SZZ obdeluje skladno s politiko zasebnosti, ki je objavljena na povezavi <https://www.zav-zdruzenje.si/pravila-o-zasebnosti/>.

IZJAVI:

Z navedbo e-naslava dovoljujem uporabo le-tega za namene obveščanja in posredovanja vseh informacij povezanih s preizkusom znanja za zavarovalnega zastopnika oziroma posrednika, na katerega se prijavljam.

Soglašam, da mi SZZ pošilja obvestila, ponudbe in informacije o novostih na področju zavarovalništva ter informacije o strokovnih dogodkih, izobraževanjih in izdaji strokovnih publikacij.

Podpis: _____

PRILOGI:

- s strani notarja ali upravne enote overjena kopija dokazila o zaključeni izobrazbi (spričevalo, diplomska listina) in
 potrdilo o plačilu stroškov preizkusa znanja

Prijavnico s prilogami pošljite na naslov: Slovensko zavarovalno združenje, GIZ, Železna cesta 14, 1000 Ljubljana