

AZN\_SPU

## STALNO POKLICNO USPOSABLJANJE

Zavarovalni zastopnik oziroma zavarovalni posrednik

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Datum rojstva: \_\_\_\_\_

Naslov: \_\_\_\_\_

E-naslov / tel. št.<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

Številka in datum dovoljenja AZN:

za zavarovalno zastopanje: \_\_\_\_\_

za zavarovalno posredovanje: \_\_\_\_\_

### IZJAVLJAM,

da SEM / NISEM (obkroži) v koledarskem letu \_\_\_\_\_ za zavarovalnico

\_\_\_\_\_ (naziv zavarovalnice) opravljal/a distribucijo zavarovalnih produktov.

Z navedbami v tem obrazcu in prilogami, dokazujem, da sem v koledarskem letu \_\_\_\_\_ opravil/a obveznost po stalnem poklicnem usposabljanju v obsegu najmanj 15 ur ali 20 pedagoških ur, skladno s Sklepom o podrobnejših pogojih za stalno poklicno usposabljanje zavarovalnih zastopnikov in posrednikov (Uradni list RS, št. 26/2019, v nadaljevanju: Sklep) in sicer:

#### SKLOP 1: ZAVAROVALNI PRODUKTI (najmanj 4 pedagoške ure)

Navedite datum, naziv in trajanje izobraževanja, seminarjev, delavnic, ipd

Zap. št.	Datum	Naziv izobraževanja	Trajanje (število pedagoških ur)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Skupaj: \_\_\_\_\_pedagoških ur

Število prilog: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Navedeni podatek ni obvezen. Navede se ga zaradi lažje in hitrejšje obdelave podatkov. Navedeni podatki se uporabljajo izključno samo za namen dokazovanja stalnega poklicnega usposabljanja.

**SKLOP 2: VARSTVO POTROŠNIKOV** (najmanj 4 pedagoške ure)

Navedite datum, naziv in trajanje izobraževanja, seminarjev, delavnic, ipd

Zap. št.	Datum	Naziv izobraževanja	Trajanje (število pedagoških ur)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Skupaj: \_\_\_\_\_pedagoških ur

Število prilog: \_\_\_\_\_

**OSTALA IZOBRAŽEVANJA** skladna s prvo alinejo tretjega odstavka 3. člena Sklepa

Navedite datum, naziv in trajanje izobraževanja, seminarjev, delavnic, ipd

Zap. št.	Datum	Naziv izobraževanja	Trajanje (število pedagoških ur)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Skupaj: \_\_\_\_\_pedagoških ur

Število prilog: \_\_\_\_\_

**ODSOTNOST Z DELA**

*V primeru odsotnosti z dela, ki traja več kot en mesec neprekinjeno, navedite časovno opredelitev odsotnosti z dela (od - do) in navedite vzrok (zdravstveni razlogi, porod oz. nega in varstvo otroka)*

Časovna opredelitev (od-do)	Vzrok odsotnosti	Trajanje (število mesecev)

S priloženimi potrdili in podrobnejšimi programi z navedbo izvajalcev, dokazujem opravljenih \_\_\_\_\_ pedagoških ur poklicnega usposabljanja.

Pod kazensko in civilno odgovornostjo **izjavljam:**

- da so podatki in informacije v obrazcu resnične in točne,
- da so vse priložene kopije dokumentov enake originalu,
- da Agenciji za zavarovalni nadzor priznavam pravico preveriti resničnost podatkov in verodostojnost kopij priloženih dokumentov in
- soglašam, da Agencija za zavarovalni nadzor pridobi potrdila iz evidenc, v kolikor bi bilo to potrebno.

Datum:

\_\_\_\_\_

Podpis:

\_\_\_\_\_

Izpolni Agencija za zavarovalni nadzor

.....  
 Zavarovalni zastopnik oz. zavarovalni posrednik za leto \_\_\_\_\_ izkazuje / ne izkazuje opravljeno obveznost po stalnem poklicnem izobraževanju v obsegu najmanj 15 ur oziroma 20 pedagoških ur po 45 minut.

Datum:

\_\_\_\_\_

Podpis:

\_\_\_\_\_