

AZN_SPU

STALNO POKLICNO USPOSABLJANJE

Zavarovalni zastopnik oziroma zavarovalni posrednik

Ime in priimek: _____

Datum rojstva: _____

Naslov: _____

E-naslov / tel. št.1: _____

Številka in datum dovoljenja AZN:

za zavarovalno zastopanje: _____

za zavarovalno posredovanje: _____

IZJAVLJAM,

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

_____ (naziv zavarovalnice) opravlja/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 z Aktom o podrobnejših pogojih za stalno poklicno usposabljanje zavarovalnih zastopnikov in posrednikov (Uradni list RS, št. 26/19 in 369/26, v nadaljevanju: Akt) 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: _____

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

SKLOP 2: VARSTVO POTROŠNIKOV, KORPORATIVNA INTEGRITETA IN SKLADNOST POSLOVANJA

(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 Akta

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:
