

OBRAZEC

SPREMEMBE POGODBE ŽIVLJENJSKO NALOŽBENEGA ZAVAROVANJA

(spremembe so možne ob vsakokratni zapadlosti premije)

| | |
|-------------------|--------------------------------|
| Številka pogodbe: | Začetek veljavnosti spremembe: |
|-------------------|--------------------------------|

Obstoječi podatki:

| | |
|-----------------------|----------------|
| Zavarovalec: | Datum rojstva: |
| ¹ Naslov: | Kraj rojstva: |
| ¹ Telefon: | E-mail: |

¹Izpolnite v kolikor ste medtem spremenili podatke

| | |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Zavarovanec: | Rojen: |
| Naslov: | |
| Vrsta zaposlitve oz. poklic, ki ga opravljate: | Ste redno zaposleni: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |

Sprememba premije:

| ² Sprememba letne premije iz | EUR na | EUR |
|--------------------------------------------|--------|-----|
| ³ Sprememba obroka premije iz | EUR na | EUR |
| ⁴ Sprememba zavarovalne dobe iz | let na | let |

²Minimalna letna premija pri produktih MXVT in MXVTG znaša 360 EUR. Pri produktu MXL znaša minimalna letna premija 400 EUR.

³Minimalni obrok pri produktu MXVT in MXVTG znaša 30 EUR. Pri produktu MXL je minimalni obrok 33,34 EUR.

⁴Skupna zavarovalna doba mora biti najmanj 10 let in največ 30 let. Od trenutka spremembe mora biti pogodba v veljavi še najmanj 3 leta. **POMEMBNO: Sprememba dobe pri produktu MXL-Top Garant ni mogoča.**

OPOZORILO: V kolikor se zavarovalec z zavarovalnico pri zgoraj navedenih spremembah izrecno ne dogovori za ohranitev zavarovalne vsote za smrt se le ta skladno s spremembo premije spremeni.

Zavarovanje za primer smrti (spremembe mogoče samo pri produktu MXVT, MXVTG, MXE, MXEG):

| | |
|------------------------------------------------------------|---|
| ⁵ Zavarovalno kritje za primer smrti (min 10%): | % |
|------------------------------------------------------------|---|

⁵Izbere se lahko kritje od 11% do 200% predvideno vplačanih premij.

Zavarovanje za primer nezgodne smrti (spremembe mogoče samo pri produktu MXVT, MXVTG, MXE, MXEG):

| |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Zavarovalno kritje za primer nezgodne smrti: <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 200% zavarovalne vsote za primer smrti |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Sprememba tarife zavarovanja/garancije:

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ⁶ Želim, da se spremeni tarifa zavarovanja: <input type="checkbox"/> v tarifo brez zajamčene vsote <input type="checkbox"/> v tarifo z zajamčeno vsoto |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

⁶Sprememba ni mogoča pri produktu MXL

Premije prosto zavarovanje, prekinitev zavarovanja

| | |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------|
| ⁷ Premije prosto zavarovanje-kapitalizacija: | <input type="checkbox"/> DA |
| ⁸ Odpoved predčasna prekinitev pogodbe: | <input type="checkbox"/> DA |

⁷Premije prosto zavarovanje je mogoče takoj, ko obstaja odkupna vrednost.

⁸Odkupna vrednost v primeru prekinitve zavarovanja se izplača le, če je pogodba veljavna vsaj tri leta in je vplačana ustrezna premija.

Nezgodno zavarovanje:

| | | |
|------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nezgodno zavarovanje: | <input type="checkbox"/> želim prekiniti | <input type="checkbox"/> spreminjam v varianto: |
| <input type="checkbox"/> RENS3 | <input type="checkbox"/> želim prekiniti | |

V kolikor letna premija na pogodbi presega 1.000,00 EUR oz. enkratno vplačilo 2.500,00 EUR, je potrebno navesti tudi razlog zavarovanja oz. spremembe.

| |
|-------------------------------------------|
| Razlog zavarovanja oz. spremembe premije: |
|-------------------------------------------|

Sprememba načina plačila:

| |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Novi način plačila: <input type="checkbox"/> mesečno <input type="checkbox"/> četrletno <input type="checkbox"/> polletno <input type="checkbox"/> letno |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Partnersko zavarovanje

| | | | |
|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Želim prekiniti | <input type="checkbox"/> DA | Želim dodati | <input type="checkbox"/> DA |
| Ime in priimek partnerja: | | Rojen: | |
| Davčna številka: | | Poklic, vrsta zaposlitve: | |

V primeru, da izberete partnersko zavarovanje mora partner obvezno odgovoriti na spodnja vprašanja v rubriki sozavarovani partner.

VPRAŠANJA O ZDRAVSTVENEM STANJU IN POSEBNIH NEVARNOSTIH

(na vprašanja o zdravstvenem stanju odgovori zavarovanec v primeru, da gre za povišanje premije, v primeru, da dodajate partnersko zavarovanje, na vprašanja odgovori partner)

Zavarovana oseba Sozavarovani partner

| | Zavarovana oseba | | Sozavarovani partner | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Ali ste izpostavljeni posebnim nevarnostim pri športu (npr. letenje, plezanje, potapljanje itd.), delu ali potovanjih izven Evrope? Če je odgovor da, navedite katerim. Ali v prihodnosti načrtujete ukvarjanje s katero od posebnih nevarnosti? Katero? | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| 2. Ali imate oz. ste imeli kadarkoli težke bolezni, poškodbe, zdravstvene težave ali druge anomalije, kot npr. obolenja dihal, srca in ožilja, prebavil, centralnega in perifernega živčnega sistema, kosti, sklepov, mišic in kit, sečil, spolnih organov, krvi, žlez, presnove, kože, ušes, oči duševne motnje, benigne in maligne tumorje. Infekcijske bolezni in alergije, HIV pozitivni izvid)? Ali ste imeli katerokoli obolenje, po katerem ne sprašujemo? Katero? | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| 3. Kateri zdravniki, psihoterapevti so vas do sedaj zdravili? Navedite ime priimek in naslov izbranega zdravnika. | | | | |
| 4. Ali v prihodnosti načrtujete zdravljenje (operacije, terapije, pregledi, itd.)? Če je odgovor DA, jih navedite. | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| 5. Ali ste jemali oz. jemljete zdravila ali mamila? Ali uživata alkohol in tobak? Če je odgovor DA, navedite kaj od tega in količino. | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| 6. Telesna višina/telesna teža. | cm. | kg. | cm. | kg. |
| 7. Ali ste bili v zadnjih desetih letih podvrženi zdravljenju oz. preiskavam v bolnišnicah, santorijih, klinikah, zdravstvenih zavodih in zdraviliščih? Ali so bile opravljene operacije, globinska obsevanja (rentgen, radij, izotopi) ali kemoterapija? | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| 8. Ali ste doživeli nesrečo, poškodbe ali zastrupitve? Ali obstaja trajna invalidnost? Če je odgovor DA, v kakšnem odstotku? | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> NE |
| 9. Ali je bil kdaj v preteklosti vaš predlog za sklenitev zavarovanja - zavrjen - odložen - sprejet pod posebnimi pogoji (višja premija, dodatne omejitve, klavzule, ipd.) Če ste odgovorili na katero od vprašanj z DA, navedite pri kateri zavarovalnici. | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> NE |

Zavarovanec je odgovoren za popolnost in resničnost podatkov navedenih na vprašalniku, četudi je te podatke, preden je podpisal vprašalnik, vpisala tretja oseba. Podpisnik obrazca se zavezuje, da bo takoj pisno obvestil zavarovalnico o vseh spremembah zdravstvenega stanja oz. o vseh novih ugotovitvah in spoznanjih glede zdravstvenega stanja zavarovane osebe, ki bi nastopile v času med podpisom obrazca ter opravljeno spremembo.

Spodaj podpisani zavarovalec oziroma zavarovanec potrjujem, da sem v celoti in popolnoma seznanjen s podatki iz 217. člena Zakona o zavarovalništvu (velja v primeru, da je pri izpolnjevanju tega obrazca sodeloval zavarovalni zastopnik).

Stroški spremembe se obračunajo v skladu z vsakokrat veljavnim cenikom Merkur zavarovalnice.

Kraj in datum: _____

Podpis zavarovanca: _____

Podpis sozavarovanca: _____

Podpis in žig zavarovalca: _____

(v kolikor je to podjetje tudi žig podjetja)