

**OBRAZEC**
**SPREMEMBA OZ. DODAJANJE NEZGODNE VARIANTE K ŽIVLJENJSKEMU ZAVAROVANJU**

(želeno spremembo sporočite vsaj 14 dni pred začetkom spremembe)

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

**Obstoječi podatki:**

Zavarovalec:	
Datum in kraj rojstva:	
Davčna številka:	
Naslov:	
Telefon:	E-mail:

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

**Nezgodno zavarovanje:**

<sup>1</sup> Sprememba nezgodnega zavarovanja v varianto:		
<sup>1</sup> Dodati želim nezgodno zavarovanje po varianti (označi in vpiši):	<input type="checkbox"/> NZ150	<input type="checkbox"/> ZD

<sup>1</sup>Glej tabelo na hrbtni strani

**Podatki o upravičencu (vpišite ime, priimek in rojstne podatke):**

Upravičenec za dajatve iz nezgodnega zavarovanja:
<sup>2</sup> Upravičenec v primeru smrti prejemnika nezgodne rente:

<sup>2</sup>Upravičenca obvezno vpišite v kolikor ste izbrali eno izmed variant, ki vključujejo nezgodno rento. Upravičenec je lahko le ena fizična oseba.

**VPRAŠANJA O ZDRAVSTVENEM STANJU-ODGOVORI ZAVAROVANEC**

1. Ste izpostavljeni posebnim nevarnostim pri športu, hobiju, delu, potovanju?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
2. Ali ste popolnoma zdravi?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
3. Višina (v centimetrih) in teža (v kilogramih)	cm:            kg:
4. Dnevna količina zaužitih alkoholnih pijač in tobaka (št. pokajenih cigaret)	alk.:            tob.:
5. Bolezni ušes?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
6. Ste jemali oz. redno jemljete zdravila ali mamila? Ste odvisni od njih?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
7. Bolezni oči (dioptrija ni bolezen) ? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Dioptrija:    l.            d.
8. Ali ste opravili HIV test? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Rezultat:
9. Ste bili bolnišnično ali ambulantno zdravljeni? Ste bili v zdravilišču oz. rehabilitaciji? Ste bili operirani, rentgensko preiskani, zdravljeni z izotopi, sevanji?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
10. Katere bolezni, težave, alergije in telesne hibe imate oz. ste imeli?	

**Prosimo priložite zdravstveno dokumentacijo oz. navedite katera zdr. dok. je že pri nas!**

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 pred podpisom obrazca ter opravljeno spremembo.

**Tabela nezgodnih variant:**

Tabela nezgodnih Variant - 24 urno nezgodno zavarovanje za eno osebo- tarifa <b>NZ 150</b>								
Variante	Zavar. vsota za nezgodno invalidnost EUR	NZG. renta - mesečno EUR	Bolnišnično nadomestilo EUR	Dnevno nadomestilo EUR	Letna premija EUR I. n.r.	Mesečna premija EUR I.n.r.	Letna premija EUR II. n.r.	Mesečna premija EUR II.n.r.
N - 1	20.000	/	10,00	/	52,80	4,67	70,40	6,22
N - 2	40.000	/	20,00	/	105,60	9,33	140,80	12,43
N - 3	60.000	/	30,00	/	158,40	13,99	211,20	18,66
N - 4	20.000	/	10,00	5,00	109,80	9,70	156,40	13,82
N - 5	35.000	/	15,00	8,00	179,21	15,83	256,40	22,65
N - 6	50.000	/	20,00	12,00	260,00	22,97	373,60	33,00
N - 7	100.000	/	30,00	/	228,80	20,21	316,80	27,98
N - 8	100.000	/	20,00	12,00	348,00	30,74	505,60	44,66
Variante z dodatno nezgodno rento od 50 % invalidnosti dalje								
NR - 1	20.000	100,00	10,00	/	64,32	5,68	88,88	7,85
NR - 2	40.000	100,00	20,00	/	117,12	10,34	159,28	14,06
NR - 3	60.000	200,00	30,00	/	181,44	16,03	248,16	21,92
NR - 4	20.000	100,00	10,00	5,00	121,32	10,72	174,88	15,45
NR - 5	40.000	100,00	15,00	8,00	199,52	17,62	288,08	25,45
NR - 6	60.000	200,00	20,00	10,00	277,84	24,54	402,56	35,56
NR - 7	80.000	300,00	20,00	/	210,56	18,60	301,84	26,66
NR - 8	100.000	500,00	20,00	10,00	382,80	33,81	563,60	49,78

Obseg kritja tarifa ZD	ZD 1	ZD 2
Nezgodna invalidnost	100.000 EUR	100.000 EUR
Nezgodna smrt	3.500 EUR	7.000 EUR
Nezgodna mesečna renta	/	80,00 EUR
Letna premija	75,25 EUR	95,28 EUR

**POMEMBNO:** Pri navedenih premijah vam priznamo popust, ker imate pri nas že sklenjeno življenjsko zavarovanje (izračuni popusta še ne upoštevajo).

**Razlaga kritij za:**
**A. Trajna nezgodna invalidnost pri tarifi NZ 150:**

Izplača se za nezgodno invalidnost **do 50 %** invalidnosti v sorazmerju z zavarovalno vsoto, **nad 50 % se vsak odstotek podvoji.**

**Trajna nezgodna invalidnost pri tarifi ZD:**

Do 50% invalidnosti izplačil ni. Pri vsaki invalidnosti od vključno 51% naprej se izplača celotna zavarovalna vsota.

**B. Bolnišnično nadomestilo pri tarifi NZ 150:**

Bolnišnično nadomestilo se izplača v izbrani višini za vsak koledarski dan, ki ga zavarovanec zaradi zavarovalnega primera prebije na zdravljenju v bolnišnici.

**C. Dnevno nadomestilo pri tarifi NZ 150:**

Izplača se za zdravljenje zaradi nezgode doma ali v bolnici (dodatno k bolnišničnem nadomestilu) dnevno nadomestilo v izbrani višini od osmega dne dalje.

**Pomembna omejitev:**

**Za variante, ki vključujejo dnevna nadomestila se ne morejo zavarovati nezaposlene osebe!**

**D. Nezgodna renta pri tarifi NZ 150 in ZD:**

Izplačuje se mesečno v primeru, da ostane kot posledica ene nezgode od vključno 50 % do 100 % invalidnost. Izplačevanje je doživljenjsko, vendar največ 25 let.

**E. Nezgodna smrt pri tarifi ZD:**

Izplača se zavarovalna vsota, dodatno k temu se krijejo stroški pogreba do 10% zavarovalne vsote za primer nezgodne smrti.

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 zavarovalca: \_\_\_\_\_

(v kolikor je to podjetje tudi žig podjetja)