

**OBRAZEC
PRIJAVA HUDE BOLEZNI**

Številka pogodbe:	Št. zavarovalnega primera:
Izpolni Merkur zavarovalnica d.d.	

Podatki o zavarovalcu:

Ime in priimek:	Davčna številka:
Datum in kraj rojstva:	
Naslov:	
Telefon/GSM:	E-mail:
Vrsta osebnega dokumenta: <input type="checkbox"/> potni list <input type="checkbox"/> osebna izkaznica <input type="checkbox"/> vozniška izkaznica	
Izdajatelj os. dok.:	Številka os. dok.:

Podatki o zavarovancu:

Ime in priimek:	Rojen:
Naslov:	Tel.:
Ali ima zavarovanec sklenjeno življenjsko zavarovanje pri kateri drugi zavarovalnici: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
V primeru, da ste odgovorili z »DA« navedite ime zavarovalnice:	

Podatki o hudi bolezni:

Navedite bolezen za katero uveljavljate zahtevek:	
Postavljena diagnoza:	
<input type="checkbox"/> Uveljavljam zavarovalno kritje za predinvazivno stanje raka:	
<input type="checkbox"/> Uveljavljam zavarovalno kritje za otroke	
Ime in priimek otroka:	Rojen:
Datum, ko je bila bolezen ugotovljena:	
Ali ste bili pred tem že zdravljeni za katero od hudih bolezni? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Če »DA«, navedite bolezen in obdobje zdravljenja:	
Ime in priimek osebnega zdravnika in ustanova, kjer dela:	

% izplačila v primeru nastanka določene hude bolezni (izplača se lahko minimalno 10% in max 100% zavarovalne vsote v intervalih po 5%)

V primeru nastanka določene hude bolezni se izplača	% zavarovalne vsote
---	---------------------

Podatki o vašem transakcijskem računu, kamor želite prejeti zavarovalno dajatev*:

Ime in priimek lastnik računa:
Št. transakcijskega računa*: SI56
na navedenem računu: <input type="checkbox"/> sem lastnik računa <input type="checkbox"/> sem pooblaščen oseba

*Prosimo, da priložite **dokazilo o lastništvu tega računa** (fotokopijo bančne kartice ali potrdilo banke o lastništvu transakcijskega računa). Nakazilo se lahko izvrši le na račun upravičenca, ki je lastnik računa.

Druga obvestila in komentarji za Merkur zavarovalnico d.d.

Izjavljam, da so vse navedbe resnične in jamčim za njihovo točnost. Pooblaščam Merkur zavarovalnico d.d., da poizveduje in ima vpogled v vse akte, ki so povezani z boleznijo zavarovanca in da si jih prepíše ali fotokopira.

Zavarovalec, zavarovanec, posrednik oz. zastopnik s podpisom obrazca potrjujejo, da so pred podpisom obrazca v celoti in popolnoma pisno seznanili oz. bili pisno seznanjeni s podatki iz 522. in 545. člena Zakona o zavarovalništvu.

Kraj in datum: _____

Podpis zavarovalca oz upravičenca: _____
(če je to podjetje, tudi žig podjetja)

Podpis zastopnika oz. posrednika in številka licence: _____

Dokumentacija, ki jo je potrebno priložiti ob prijavi hude bolezni:

- original zavarovalna polica
- fotokopije celotne zdravstvene dokumentacije (začetek, vrsta in potek bolezni ter zdravljenje)
- histološki izvid (v primeru diagnoze«rak»)
- fotokopijo ambulantnega kartona in druga zdravniška dokumentacija
- dokazilo o lastništvu transakcijskega računa