

**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