

OBRAZEC SPREMEMBE POGODBE NALOŽBENEGA ŽIVLJENJSKEGA ZAVAROVANJA

(Spremembe so možne ob vsakokratni zapadlosti premije. Začetek spremembe je lahko samo 1. v mesecu.)

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

Obstoječi podatki:

Zavarovalec:	Davčna številka:	
Datum, kraj in država rojstva:		
Začasni naslov:		
Ulica, hišna št., poštna št. kraj, država:		
Državljanstvo:	Telefon:	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.:	
Razlog zavarovanja oz. spremembe premije:		
Zavarovalec izjavljam, da sem državljan ZDA oziroma rezident ZDA za davčne namene oziroma sem davčni rezident v drugih državah in se obvezujem, da bom zavarovalnico nemudoma pisno obvestil, če bo prišlo do spremembe glede teh podatkov (v skladu s FATCA in CRS):		
<input type="checkbox"/> NE, nisem (FATCA)	<input type="checkbox"/> DA, sem: <input type="checkbox"/> državljan ZDA <input type="checkbox"/> rezident ZDA za davčne namene (FATCA)	
	Številka TIN (tax identification number) oz. SSN (social security number):	
<input type="checkbox"/> NE, nisem (CRS)	<input type="checkbox"/> DA, sem davčni rezident v drugih državah (op.: ne vpisuj za SLO in ZDA!) (CRS)	
	Navedite vse druge države in davčne številke:	
V skladu z Zakonom o preprečevanju pranju denarja in financiranja terorizma (61. člen ZPPDFT-1) je zavarovalnica dolžna izvesti postopek, s katerim se ugotavlja, ali je stranka politično izpostavljena oseba. Politično izpostavljena oseba je vsaka fizična oseba, ki deluje ali je v zadnjem letu delovala na vidnem javnem položaju v državi članici ali tretji državi, vključno z njenimi ožjimi družinskimi člani in ožjimi sodelavci. Za ožje družinske člane se šteje zakonec ali zunajzakonski partner, starši ter otroci in njihovi zakonci ali zunajzakonski partnerji. Za ožje sodelavce se šteje vsako fizično osebo, ki ima skupni dobiček iz premoženja ali sklenjenega poslovnega razmerja, ali ima katere druge tesne poslovne stike.		
Zavarovalec izjavljam, da:	<input type="checkbox"/> nisem politično izpostavljena oseba	<input type="checkbox"/> nisem politično izpostavljena oseba

Zavarovanec:	Rojen:
Naslov:	
Vrsta zaposlitve oz. poklic, ki ga opravljate:	

Zavarovanje za primer smrti (sprememba ni mogoča pri produktu MXL):

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

Zavarovanje za primer nezgodne smrti (ni mogoča pri produktu MXL):

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

Sprememba tarife zavarovanja/garancije (sprememba mogoča pri produktih MXVT, MXVTG, MXE in MXEG) :

Želim, da se spremeni tarifa zavarovanja: <input type="checkbox"/> v tarifo brez zjamčene vsote <input type="checkbox"/> v tarifo z zjamčeno vsoto
--

Sprememba načina plačila:

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

Sprememba zavarovalne dobe ali letne premije:

<input type="checkbox"/> Sprememba letne premije iz		EUR na		EUR
<input type="checkbox"/> Sprememba obroka premije iz		EUR na		EUR
<input type="checkbox"/> ¹ Sprememba zavarovalne dobe iz		let na		let
<input type="checkbox"/> Drugo:				

Pri produktu MXVTG ali MXVT je najnižja letna premija 360,00 EUR. Najnižja zavarovalna doba je 10 let.

Pri produktu MXL sprememba dobe ni možna, najnižja letna premija pa znaša 400,00 EUR

VPRAŠANJA O ZDRAVSTVENEM STANJU IN POSEBNIH NEVARNOSTIH

Zavarovanec mora v primeru povišanja premije ali zavarovalne vsote odgovoriti na vprašanja 1-4, sozavarovani partner pa na vsa vprašanja. Če partnersko zavarovanje dodajate mora sozavarovani partner odgovoriti na vsa vprašanja.

OPOMBA: V primeru povišanja premije na vprašanja o zdravstvenem stanju odgovori zavarovanec, v primeru, da dodajate partnersko zavarovanje, na vprašanja odgovori partner)

				Zavarovanec	Sozavarovani partner		
1. Ali se v prostem ali službenem času kakorkoli ukvarjate s kakšnim športom oz. prostočasno dejavnostjo (npr.: sodelovanje na avto-moto dirkah, športi z žogo, borilni športi, kolesarjenje, jahalni športi, zimski športi, jamarstvo, potapljanje, vodni športi, planinarjenje, plezanje, letenje, letenje z zmaji, padalstvo, ipd.)? Če da, prosimo za točne navedbe.				<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		
2. Ali vaše delo vključuje delo na višini, delo z eksplozivnimi ali radioaktivnimi snovmi, ali delate z zdravju nevarnimi snovmi oz. ali ste katerikoli od prej naštetih nevarnosti kakorkoli drugače izpostavljeni med službenim ali prostim časom? Če da, prosimo za točne navedbe.				<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		
3. Ali ste bili v zadnjih 5 letih operirani, pregledani pri specialistu, hospitalizirani, oz. karkoli od naštetega načrtujete? Če da, kaj od naštetega in kdaj?				<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		
4. Zavarovana oseba	Višina v cm:	Teža v kg:	Dioptrija	Levo:	Desno:		
Sozavarovani partner	Višina v cm:	Teža v kg:	Dioptrija	Levo:	Desno:		
5. Ali imate sklenjeno oz. ali nameravate v roku 30 dni skleniti življenjsko, nezgodno ali zdravstveno zavarovanje (razen dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja) še pri kateri zavarovalnici, ali vam je katera zavarovalnica kadarkoli zavrnila sprejem v tovrstno zavarovanje oz. je bil tak sprejem zadržan ali umaknjen oz. ste bili v takšno zavarovanje sprejeti le pod posebnimi pogoji? Če da, navedite pri kateri zavarovalnici, vrsto zavarovanja in višino zavarovalne vsote oz. razlog zavrnitve oz. pod katerimi pogoji ste bili sprejeti.				<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		
6. Ali kadite ali uživate alkoholne pijače, ali ste se kadarkoli zdravili zaradi odvisnosti od cigaret ali alkohola? Če da, kaj, koliko in kako pogosto (npr. na dan) oz. zakaj in kdaj ste se zdravili? Če ne, ali ste kadarkoli kadili ali uživali alkoholne pijače in kdaj ste prenehali?				<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		
7. Ali ste jemali oz. redno jemljete zdravila ali prepovedane droge, ali ste se kadarkoli zdravili zaradi odvisnosti od cigaret, alkohola, zdravil ali prepovedanih drog? Če da, katera in kakšna je dnevna doza oz. zakaj in kdaj ste se zdravili?				<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		
8. Ali ste bili v zadnjih 3 letih kadarkoli deloma ali v celoti nesposobni za delo oziroma v bolniškem staležu zaradi bolezni ali nezgode več kot 10 zaporednih dni? Če da, kdaj, zakaj in koliko zaporednih dni?				<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		
9. Ali ste bili kadarkoli v preteklosti oz. ste sedaj bolni ali poškodovani tako, da je bila oz. je še potrebna vaša zdravstvena obravnava, ste bili oz. ste še hospitalizirani, ste bili oz. še boste medicinsko operirani, ste bili težje poškodovani z ugotovljeno invalidnostjo ali ste trajni invalid? Če da, prosimo za točne navedbe.				<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		
10. Ali vam je bil kadarkoli svetovan kakršenkoli zdravstveni ali medicinski poseg, ki še ni bil opravljen? Če da, prosimo za točne navedbe.				<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		
11. Katere bolezni, težave, alergije in telesne hibe imate oz. ste imeli? Spodaj vpišite podatke o vrstah bolezni, težavah, alergijah in telesnih hibah ter o operacijah, nezgodah in zdravljenju z navedbo trajanja zdravljenja. Priložite zdravstveno dokumentacijo!							
Bolezni, zdravstvene težave, telesne hibe, zdravljenje, operacije itd...	Zdravljenje ali preiskava			Ime in naslov zdravnikov in bolnišnic	Operacija da/ne	Ozdravljen/-a	
	v bolnišnici od/do	v ambulanti od/do	zadnji pregled dne			da	ne
Zavarovana oseba							
Sozavarovanec							

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.

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.

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

Kraj in datum: _____

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

Podpis zastopnika oz. posrednika in številka licence: _____