

OBRAZEC - IZJAVA O UŽIVANJU/NEUŽIVANJU NIKOTINA

Obrazec se izpolni, če zavarovanec med trajanjem zavarovanja prične ali preneha z uživanjem nikotina, čemur se prilagodi premija.

Št. pogodbe:

Podatki o zavarovalcu:

Zavarovalec:	Davčna št.:	
Datum, kraj in država rojstva:		
Ulica, hišna št., poštna št., kraj, država:		
Začasni naslov:		
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.:	
Zavarovalec izjavljam, da sem državljan ZDA oziroma rezident ZDA za davčne namene in se obvezujem, da bom zavarovalnico nemudoma pisno obvestil, če bo prišlo do spremembe glede teh podatkov (ustrezno označi):		
<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"/> sem politično izpostavljena oseba

Podatki o zavarovancu:

Zavarovanec:	Rojen:
Ste redno zaposleni: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Telefon:

Zavarovanec ustrezno označi A ali B

 A) Zavarovanec DA uživa nikotin – to je oseba, ki podpiše spodnjo izjavo o uživanju nikotina.

Izjava o uživanju nikotina: spodaj podpisani zavarovanec izjavljam, da sem v mesecu _____ (vpiši mesec) leta _____ (vpiši leto) začel z uživanjem nikotina (sem štejemo cigarete, e-cigarete, cigare, pipe in žvečenje tobaka). Nadalje se izrecno zavežujem, da bom zavarovalnico pisno in brez odlašanja obvestil, če bom po podpisu te izjave kadarkoli med trajanjem zavarovanja na kakršenkoli način prenehal z uživanjem nikotina in potrjujem, da sem seznanjen in se strinjam, da se bo premija, ki je odvisna od tega ali zavarovanec uživa nikotin, v tem primeru zame spremenila v premijo, ki velja za zavarovance, ki ne uživajo nikotin.

 (podpis zavarovanca)

 B) Zavarovanec NE uživa nikotina – to je oseba, ki podpiše spodnjo izjavo o neuživanju nikotina.

Izjava o neuživanju nikotina: spodaj podpisani zavarovanec izrecno izjavljam, da najmanj v obdobju zadnjih 12 mesecev nisem užival nobenega nikotina, zlasti nisem kadil cigaret, e-cigaret, cigar, pipe in nisem žvečil tobaka ter nimam nobenega namena začeti z uživanjem kakršnegakoli nikotina v prihodnosti. Nadalje se izrecno zavežujem, da bom zavarovalnico pisno in brez odlašanja obvestil, če bom po podpisu te izjave kadarkoli med trajanjem zavarovanja na kakršenkoli način pričel z uživanjem nikotina in potrjujem, da sem seznanjen in se strinjam, da se bo premija, ki je odvisna od tega ali zavarovanec uživa nikotin, v tem primeru zame spremenila v premijo, ki velja za zavarovance, ki uživajo nikotin. Nadalje potrjujem, da sem seznanjen, da lahko zavarovalnica enostransko zavrne izplačilo zavarovalne dajatve, če je zavarovalni primer nastal v posredni ali neposredni vzročni zvezi z uživanjem nikotina, ki ga zavarovalnici nisem sporočil oziroma da lahko zavarovalnica enostransko zmanjša višino zavarovalne vsote sorazmerno z višino premije, ki bi morala biti plačana, če bi zavarovalnici sporočil uživanje nikotina, pa tega nisem storil, in sicer neodvisno od vzročne zveze med uživanjem nikotina in nastankom zavarovalnega primera. Končno zavarovalnici dovoljujem, da periodično med trajanjem zavarovalne dobe pri meni preveri, tudi s pomočjo testa na vsebnost kotinina v urinu, ali dejansko ne uživam nikotina.

 (podpis zavarovanca)

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

Podpis zastopnika oz. posrednika in številka licence: _____