

OBRAZEC ADMINISTRATIVNE SPREMEMBE POGODBE OSEBNEGA ZAVAROVANJA

Št. pogodbe:		Začetek veljavnosti spremembe:	
Obstoječi podatki:			
Zavarovalec:		Davčna številka:	
Datum, kraj in država rojstva:			
Ulica, hišna št., poštna št. kraj, država:			
Začasni naslov:			
Državljanstvo:		Tel.:	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 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"/> sem politično izpostavljena oseba

Sprememba naslova in priimka:

Novi naslov <input type="checkbox"/> zavarovalca <input type="checkbox"/> zavarovanca:
Novi priimek <input type="checkbox"/> zavarovalca <input type="checkbox"/> zavarovanca <input type="checkbox"/> upravičenca:

Prosimo priložite fotokopijo osebnega dokumenta oz. dokumenta, iz katerega je sprememba razvidna. V skladu s 4.a členom Zakona o potnih listinah državljanov RS (ZPLD-1) imate pravico, da fotokopijo osebnega dokumenta označite s svojim podpisom.

Sprememba upravičenca (¹Vpišite ime, priimek in rojstni datum.):

¹ Novi upravičenec v primeru smrti zavarovanca:
¹ Novi upravičenec v primeru doživetja:
¹ Novi upravičenec v primeru hude bolezni:
¹ Novi upravičenec v primeru nezgode:
¹ Novi upravičenec v primeru smrti prejemnika nezgodne rente:

POMEMBNO: Upravičenec v primeru smrti in smrti prejemnika nezgodne rente ne more biti zavarovanec. Upravičenec v primeru smrti prejemnika nezgodne rente je lahko le ena fizična oseba.

Sprememba plačila (²V primeru, da je izbrana oblika plačila direktna obremenitev, prosimo priložite izpolnjen obrazec št.:OZ-O-001-SEPA)

Novi način plačila <input type="checkbox"/> mesečno <input type="checkbox"/> četrletno <input type="checkbox"/> polletno <input type="checkbox"/> letno
Nova oblika plačila: ² <input type="checkbox"/> direktna obremenitev <input type="checkbox"/> plačilni nalog <input type="checkbox"/> virman <input type="checkbox"/> administrativna prepoved

Vinkulacija, zastava:

Želim: <input type="checkbox"/> vinkulacijo <input type="checkbox"/> zastavo police od datuma:	Naziv in naslov vinkulanta oz. zastavnega upnika:

Duplikat police:

Želim duplikat police številka:

Izjavljam, da navedene izvirne police nisem odstopil – izročil, niti nisem pravic, ki izhajajo iz nje, prenesel na nikogar in jo s tem proglašam za neveljavno. Na podlagi navedenega ne morem sam, niti upravičenci, niti katerakoli druga oseba uveljaviti pravic na podlagi izvirne police.

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: _____