

**OBRAZEC  
ENKRATNO DOPLAČILO ŽIVLJENJSKEGA ZAVAROVANJA**

(Enkratno doplačilo je možno samo pri naslednjih življenjskih zavarovanjih MDD18 UNI1, MG UNI, MPUNI, MDD18-1/15, MG/15 in MP/15, MG/16, MP/16, MDD18/16. Dodatno je enkratno doplačilo možno tudi po produktu MDD18+, vendar samo s konverzijo v produkt MDD18/16)

|                   |   |
|-------------------|---|
| Številka pogodbe: | <sup>1</sup> Začetek veljavnosti doplačila: |
|-------------------|---|

<sup>1</sup>Doplačilo je mogoče ob vsaki zapadlosti letne premije oz. obroka premije.

**Obstoječi podatki:**

|  |   |  |
|--|---|--|
| Zavarovalec:   |   | Davčna številka:   |
| Datum, kraj in država rojstva:   |   |  |
| Ulica, hišna št., poštna št., kraj, država:  |   |  |
| Začasni naslov:  |   |  |
| Državljanstvo:   | Telefon:  | E-mail:  |
| Vrsta os. dokumenta: <input type="checkbox"/> potni list <input type="checkbox"/> osebna izkaznica <input type="checkbox"/> vozniška izkaznica   |   |  |
| Izdajatelj os. dokumenta:  |   | Številka os. dokumenta:                                    |
| 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 <b>Zakonom o preprečevanju pranju denarja in financiranja terorizma</b> (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 |

**Zavarovanec:**

|                        |        |
|------------------------|--------|
| Zavarovanec:           | Rojen: |
| Naslov:                |        |
| Telefon (zavarovanca): |        |

**Podatki o višini doplačila:**

|                                |     |   |
|--------------------------------|-----|---|
| <sup>2</sup> Višina doplačila: | EUR | Minimalno doplačilo je lahko 500,00 EUR |
|--------------------------------|-----|---|

<sup>2</sup>Prosimo priložite fotokopijo poravnane plačilnega naloga.

**POMEMBNO:** Na podlagi enkratnega doplačila se v skladu s tehničnimi podlagami, ki veljajo za zavarovanje, h kateremu se sklepa enkratno doplačilo, izračuna zavarovalna vsota, ki je odvisna od starosti zavarovanca v času sklenitve enkratnega doplačila, dobe trajanja zavarovanja do izteka po glavnem zavarovanju in dejstva ali zavarovanec uživa nikotin.

Višina zavarovalne vsote iz enkratnega doplačila je razvidna iz zavarovalne police, ki jo boste prejeli po vplačilu enkratnega doplačila. V primeru, da se s tako izračunano zavarovalno vsoto ne strinjate, lahko od sklenjenega enkratnega doplačila odstopite v roku 14 dni od njegove sklenitve. V tem primeru ima zavarovalnica pravico zadržati administrativne stroške v skladu z vsakokrat veljavnim cenikom zavarovalnice.

Za predhoden izračun zavarovalne vsote enkratnega doplačila lahko pokličete na tel. številko 01/30 05 400 ali pišete na: info-prodaja@merkur-zav.si.

**Referenca:**

|  |
|--|
| Pri plačilu s pomočjo elektronskega bančništva ali pri poravnavi z univerzalnim plačilnim nalogom obvezno uporabite za referenco <b>številko pogodbe</b> . |
|--|

**VPRAŠANJA O ZDRAVSTVENEM STANJU-ODGOVORI ZAVAROVANEC**

Vprašalnik se izpolni, če se zaradi doplačila k zavarovanju zavarovalna vsota zaradi doplačila zviša za več kot 10%.

| 1. Višina v cm:   | Teža v kg:                | Dioptrija         | Levo:              | Desno:                               |   |               |    |
|---|---------------------------|-------------------|--------------------|--------------------------------------|---|---------------|----|
| 2. Ali ste v prostem času ali službenem času kakorkoli ukvarjate s kakršnim 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 zmajem, padalstvo, ipd.)?<br>Če da, prosimo za točne navedbe. |                           |                   |                    |                                      | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |               |    |
| 3. 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?<br>Če da, prosimo za točne navedbe.  |                           |                   |                    |                                      | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |               |    |
| 4. Ali kadite ali uživate alkoholne pijače, ali ste se kadarkoli zdravili zaradi odvisnosti od cigaret in alkohola?<br>Če da, kaj, koliko in kako pogosto (npr. na dan) oz. zakaj in kdaj ste se zdravili?<br>Če ne, ali ste kadarkoli kadili ali uživali alkoholne pijače in kdaj ste prenehali?   |                           |                   |                    |                                      | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |               |    |
| 5. Ali ste jemali oz. redno jemljete zdravila ali prepovedane droge, ali ste se kadarkoli zdravili zaradi odvisnosti od cigaret, alkohola, zdravil ali prepovedanih drog?<br>Če da, katera in kakšna je dnevna doza oz. zakaj in kdaj ste se zdravili?  |                           |                   |                    |                                      | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |               |    |
| 6. 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?<br>Če da, kdaj, zakaj in koliko zaporednih dni?  |                           |                   |                    |                                      | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |               |    |
| 7. 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?<br>Če da, prosimo za točne navedbe.                                     |                           |                   |                    |                                      | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |               |    |
| 8. 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 |               |    |
| 9. 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. <b>Priložite zdravstveno dokumentacijo!</b>  |                           |                   |                    |                                      | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |               |    |
| Bolezni, zdravstvene težave, telesne hibe, zdravljenje, operacije itd...  | Zdravljenje ali preiskava |                   |                    | Ime in naslov zdravnika in bolnišnic | Operacija da/ne   | Ozdravljen/-a |    |
|   | v bolnišnici od/do        | v ambulanti od/do | zadnji pregled dne |                                      |   | da            | ne |
|   |                           |                   |                    |                                      |   |               |    |
|   |                           |                   |                    |                                      |   |               |    |
|   |                           |                   |                    |                                      |   |               |    |

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. bile pisno seznanjene s podatki iz 522. in 545. člena Zakona o zavarovalništvu.

Kraj in datum: \_\_\_\_\_

Podpis zavarovanca: \_\_\_\_\_

Podpis zavarovalca: \_\_\_\_\_

(če je to podjetje, tudi žig podjetja)

Podpis zastopnika oz. posrednika in številka licence: \_\_\_\_\_