

OBRAZEC
OŽIVITEV ALI VZPOSTAVITEV V PRVOTNO STANJE
(mogoče samo za pogodbe življenjskega zavarovanja)

Številka pogodbe:

Podatki o zavarovalcu:

Zavarovalec:	Davčna št.
Datum in kraj rojstva:	
¹ Naslov:	
¹ Telefon:	E-mail:

¹Izpolnite v kolikor ste medtem spremenili podatke

Podatki o zavarovancu:

Zavarovanec:	Rojen:
Vrsta zaposlitve oz. poklic, ki ga opravljate:	
Ste redno zaposleni: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Telefon:

Oživitev, vzpostavitev v prvotno stanje

<input type="checkbox"/> Želim oživitev (poravnati je potrebno vse zapadle obveznosti vključno z obrestmi)
<input type="checkbox"/> ² Želim vzpostavitev v prvotno stanje (možna samo v kolikor je pogodba na premije prostem zavarovanju). Vzpostavitev se naredi na: <input type="checkbox"/> prvotno zavarovalno vsoto <input type="checkbox"/> prvotno letno premijo <input type="checkbox"/> drugo(vpiši zeleno)

²Zaradi spremembe in prilagajanja matematični rezervi se praviloma konec zavarovanja lahko spremeni oz. prestavi za nekaj mesecev.

Nezgodno zavarovanje:

<input type="checkbox"/> Nezgodno zavarovanje: <input type="checkbox"/> ostane nespremenjeno <input type="checkbox"/> želim prekiniti <input type="checkbox"/> spreminjam v varianto:
Zavarovanje za nezgodno smrt: RENS <input type="checkbox"/> ostane nespremenjeno RENS1 <input type="checkbox"/> ostane nespremenjeno RENS3 <input type="checkbox"/> ostane nespremenjeno <input type="checkbox"/> želim prekiniti <input type="checkbox"/> želim prekiniti <input type="checkbox"/> želim prekiniti

VPRAŠANJA O ZDRAVSTVENEM STANJU-ODGOVORI ZAVAROVANEC

1. Ste izpostavljeni posebnim nevarnostim pri športu, hobiju, delu, potovanju?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
2. Ali ste popolnoma zdravi?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
3. Višina (v centimetrih) in teža (v kilogramih)	cm: kg:
4. Dnevna količina zaužitih alkoholnih pijač in tobaka (št. pokajenih cigaret)	alk.: tob.:
5. Bolezni ušes?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
6. Bolezni oči (dioptrija ni bolezen) ? Dioptrija?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE l. d.
7. Ste jemali oz. redno jemljete zdravila ali mamila? Ste odvisni od njih?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
8. Ali ste opravili HIV test? Rezultat:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
10. Ste bili bolnišnično ali ambulantno zdravljeni? Ste bili v zdravilišču oz. rehabilitaciji? Ste bili operirani, rentgensko preiskani, zdravljeni z izotopi, sevanji?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
11. Katere bolezni, težave, alergije in telesne hibe imate oz. ste imeli? Prosimo priložite zdravstveno dokumentacijo oz. napišite katera zdr.dok. je že pri nas.	

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.

Spodaj podpisani zavarovalec oziroma zavarovanec potrjujem, da sem v celoti in popolnoma seznanjen s podatki iz 217. člena Zakona o zavarovalništvu (velja v primeru, da je pri izpolnjevanju tega obrazca sodeloval zavarovalni zastopnik).

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

Kraj, datum: _____

Podpis zavarovanca: _____

Podpis zavarovalca: _____

(v kolikor je to podjetje tudi žig podjetja)