

OBRAZEC PRIJAVA HUDE BOLEZNI

Številka pogodbe:	Št. zavarovalnega primera:
-------------------	----------------------------

Izpolni Merkur zavarovalnica d.d.

Podatki o zavarovalcu:

Ime in priimek:	
Datum in kraj rojstva:	
Naslov:	
Telefon/GSM:	E-mail:

Podatki o zavarovancu:

Ime in priimek:		Rojen:
Naslov:		Tel.:
Poklic, vrsta zaposlitve:	Zaposlen pri:	
Ali ima zavarovanec sklenjeno življenjsko zavarovanje pri kateri drugi zavarovalnici: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE V primeru, da ste odgovorili z »DA« navedite ime zavarovalnice:		

Podatki o težki bolezni:

Za katero od spodnjih bolezni uveljavljate zahtevek:	
<input type="checkbox"/> srčni infarkt	<input type="checkbox"/> možganska kap
<input type="checkbox"/> bypass-operacija koronarnih arterij	<input type="checkbox"/> kronična odpoved ledvic
<input type="checkbox"/> rak (priložite histološki izvid)	<input type="checkbox"/> transplatacija organov
<input type="checkbox"/> slepota	<input type="checkbox"/> multipla skleroza
<input type="checkbox"/> paraliza	
Postavljena diagnoza:	
<input type="checkbox"/> Uveljavljam zavarovanje kritje za otroke	Rojen:
Ime in priimek otroka:	
Datum, kdaj je bila bolezen ugotovljena:	
Ali ste bili pred tem že zdravljeni za katero od zgoraj navedenih bolezni? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Če »DA«, navedite bolezen in datum zdravljenja:	
Ime in priimek osebnega zdravnika in ustanova, kjer le ta dela:	

Podatki o transakcijskem računu, kamor želite prejeti zavarovalno dajatev:

Ime in priimek imetnika računa:
Naziv banke:
Št. transakcijskega računa: SI56 _____ - _____ - _____

V primeru nepopolnih ali nepravilnih podatkov bo znesek nakazan z pošno nakaznico. V primeru nakazila na drugo osebo (ki ni zavarovalec) prosimo priložite fotokopijo osebnega dokumenta te osebe.

Druga obvestila in komentarji za Merkur zavarovalnico d.d.

Izjavljam, da so vse navedbe resnične in jamčim za njihovo točnost. Pooblaščam Merkur zavarovalnico d.d., da poizveduje in ima vpogled v vse akte, ki so povezani z boleznijo zavarovanca in da si jih prepiše ali fotokopira.

Kraj in datum: _____

Podpis zavarovalca oz upravičenca: _____
(v kolikor je to podjetje tudi žig podjetja)

Dokumentacija, ki jo je potrebno priložiti ob prijavi hude bolezni:

- original zavarovalna polica
- fotokopije celotne zdravstvene dokumentacije (vzrok, začetek, vrsta in potek bolezni ter zdravljenje)
- histološki izvid (v primeru diagnoze«rak«)

Obrazec pošljite na naslov:

Merkur zavarovalnica d.d.
Dunajska 58
1000 Ljubljana

Telefon: 01/300-54-30, 01/300-54-31
Fax: 01/436-10-92