

**OBRAZEC SPREMEMBE POGODBE NALOŽBENEGA ŽIVLJENJSKEGA ZAVAROVANJA**

(Spremembe so možne ob vsakokratni zapadlosti premije. Začetek spremembe je lahko samo 1. v mesecu.)

Številka pogodbe:	Začetek veljavnosti spremembe:
-------------------	--------------------------------

**Obstoječi podatki:**

Zavarovalec:	Davčna številka:	
Datum, kraj in država rojstva:		
Začasni naslov:		
Ulica, hišna št., poštna št. kraj, država:		
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.:	
Razlog zavarovanja oz. spremembe premije:		

**SAMOPOTRDILO FATCA/CRS**

Zavarovalec na podlagi mojih v obrazcu podanih resničnih, pravih in popolnih navedb izjavljam, da sem državljan ZDA oz. rezident ZDA za davčne namene oziroma da sem davčni rezident v drugih državah in se obvezujem, da bo zavarovalnico nemudoma obvestil o vsaki spremembi okoliščin, ki vplivajo na spremembo statusa davčnega rezidentstva, spremembe države rezidentstva in davčne številke ter bom dostavil novo samopotrdilo.

<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"/> nisem politično izpostavljena oseba
----------------------------	--	--

Zavarovanec:	Rojen:
Naslov:	
Vrsta zaposlitve oz. poklic, ki ga opravljate:	

**Obdelava osebnih podatkov**
**Privolitev v obdelavo osebnih podatkov za namen obveščanja**

Spodaj podpisani zavarovalec dovolim, da družbe v skupini Merkur do mojega preklica obdelujejo moje osebne podatke, ki jih posredujem zavarovalnici sam ali te nastajajo v okviru izvajanja zavarovalne pogodbe, **za namen obveščanja o novostih in posebnih ugodnostih, ponudbah zavarovanj ter drugih koristnih vsebinah in novicah, ki so prilagojene glede na moj zavarovalni portfelj.**

DA, dovolim  NE, ne dovolim

**Privolitev v obdelavo osebnih podatkov za namen izvajanja trženjskih raziskav**

Spodaj podpisani zavarovalec dovolim, da družbe v skupini Merkur do mojega preklica obdelujejo moje osebne podatke, ki jih posredujem zavarovalnici sam ali te nastajajo v okviru izvajanja zavarovalne pogodbe, **za namen izvajanja trženjskih raziskav.**

DA, dovolim  NE, ne dovolim

**Privolitev v obdelavo osebnih podatkov za namen merjenja zadovoljstva strank**

Spodaj podpisani zavarovalec dovolim, da družbe v skupini Merkur do mojega preklica obdelujejo moje osebne podatke, ki jih posredujem zavarovalnici sam ali te nastajajo v okviru izvajanja zavarovalne pogodbe, **za namen merjenja zadovoljstva strank s ciljem izboljšati ponudbo storitev in produktov in produktov zavarovalnice preko elektronske pošte.**

DA, dovolim  NE, ne dovolim

**Zavarovanje za primer smrti (sprememba ni mogoča pri produktu MXL):**

Zavarovalno kritje za primer smrti (min 10%):	%
---	---

**Zavarovanje za primer nezgodne smrti (ni mogoča pri produktu MXL):**

Zavarovalno kritje za primer nezgodne smrti:  100%  200% zavarovalne vsote za primer smrti

**Sprememba tarife zavarovanja/garancije (sprememba mogoča pri produktih MXVT, MXVTG, MXE in MXEG) :**

 Želim, da se spremeni tarifa zavarovanja:  v tarifo brez zjamčene vsote  v tarifo z zjamčeno vsoto

**Sprememba načina plačila:**

 Novi način plačila:  mesečno  četrletno  polletno  letno

**Sprememba zavarovalne dobe ali letne premije:**

<input type="checkbox"/> Sprememba letne premije iz		EUR na		EUR
<input type="checkbox"/> Sprememba obroka premije iz		EUR na		EUR
<input type="checkbox"/> Sprememba zavarovalne dobe iz		let na		let
<input type="checkbox"/> Drugo:				

Pri produktu MXVTG ali MXVT je najnižja letna premija 360,00 EUR. Najnižja zavarovalna doba je 10 let.

Pri produktu MXL sprememba dobe ni možna, najnižja letna premija pa znaša 400,00 EUR

**VPRAŠANJA O ZDRAVSTVENEM STANJU IN POSEBNIH NEVARNOSTIH**
**Zavarovanec mora v primeru povišanja premije ali zavarovalne vsote odgovoriti na vprašanja 1-4, sozavarovani partner pa na vsa vprašanja. Če partnersko zavarovanje dodajate mora sozavarovani partner odgovoriti na vsa vprašanja.**
**OPOMBA:** V primeru povišanja premije na vprašanja o zdravstvenem stanju odgovori zavarovanec, v primeru, da dodajate partnersko zavarovanje, na vprašanja odgovori partner )

				Zavarovanec	Sozavarovani partner
1. Ali se v prostem ali službenem času kakorkoli ukvarjate s kakšnim 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 zmaji, padalstvo, ipd.)? Če da, prosimo za točne navedbe.				<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
2. 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? Če da, prosimo za točne navedbe.				<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
3. Ali ste bili v zadnjih 5 letih operirani, pregledani pri specialistu, hospitalizirani, oz. karkoli od naštetega načrtujete? Če da, kaj od naštetega in kdaj?				<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
4. Zavarovana oseba	Višina v cm:	Teža v kg:	Dioptrija	Levo:	Desno:
Sozavarovani partner	Višina v cm:	Teža v kg:	Dioptrija	Levo:	Desno:
5. Ali imate sklenjeno oz. ali nameravate v roku 30 dni skleniti življenjsko, nezgodno ali zdravstveno zavarovanje (razen dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja) še pri kateri zavarovalnici, ali vam je katera zavarovalnica kadarkoli zavrnila sprejem v tovrstno zavarovanje oz. je bil tak sprejem zadržan ali umaknjen oz. ste bili v takšno zavarovanje sprejeti le pod posebnimi pogoji? Če da, navedite pri kateri zavarovalnici, vrsto zavarovanja in višino zavarovalne vsote oz. razlog zavrnitve oz. pod katerimi pogoji ste bili sprejeti.				<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
6. Ali kadite ali uživate alkoholne pijače, ali ste se kadarkoli zdravili zaradi odvisnosti od cigaret ali alkohola? Če da, kaj, koliko in kako pogosto (npr. na dan) oz. zakaj in kdaj ste se zdravili? Če ne, ali ste kadarkoli kadili ali uživali alkoholne pijače in kdaj ste prenehali?				<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
7. Ali ste jemali oz. redno jemljete zdravila ali prepovedane droge, ali ste se kadarkoli zdravili zaradi odvisnosti od cigaret, alkohola, zdravil ali prepovedanih drog? Če da, katera in kakšna je dnevna doza oz. zakaj in kdaj ste se zdravili?				<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
8. 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? Če da, kdaj, zakaj in koliko zaporednih dni?				<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
9. 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? Če da, prosimo za točne navedbe.				<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
10. 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	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE

11. 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>							
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 ambulantni od/do	zadnji pregled dne			da	ne
Zavarovana oseba							
Sozavarovanec							

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. 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: \_\_\_\_\_

### Informacije o obdelavi osebnih podatkov

#### 1. Informacije o upravljavcu:

Upravljavca je Merkur zavarovalnica d.d. Ljubljana, Dunajska cesta 58,1000 Ljubljana (v nadaljevanju tudi: upravljavca ali zavarovalnica), ki je vpisana pri Okrožnem sodišču v Ljubljani dne 18.11.1992, matična št. 5648246, ident. št. za DDV SI 74079778, e-pošta: [info@merkur-zav.si](mailto:info@merkur-zav.si).

#### 2. Informacije o pooblaščenih osebah za varstvo osebnih podatkov:

Zavarovalec in zavarovane osebe lahko s pooblaščenim osebo za varstvo osebnih podatkov stopijo v stik glede vseh vprašanj, povezanih z obdelavo njihovih osebnih podatkov in uresničevanjem njihovih pravic na podlagi veljavnih predpisov, ki urejajo varstvo osebnih podatkov. Aktualni kontaktni podatki glede pooblaščenca za varstvo osebnih podatkov v zavarovalnici se nahajajo na spletni strani [www.merkur-zav.si](http://www.merkur-zav.si)

#### 3. Namen in pravna podlaga zbiranja in obdelovanja podatkov:

3.1 Merkur zavarovalnica d.d. zbira in obdeluje osebne podatke zavarovalca in zavarovanih oseb, ki so potrebni za sklepanje in izvajanje zavarovalne pogodbe, kot je preverjanje tveganja, izstavitve zavarovalne police, upravljanje in obdelava zavarovalnih primerov (likvidacija škod).

3.2 Za zavarovalne produkte življenjskega, zdravstvenega in nezgodnega zavarovanja je potrebna tudi obdelava podatkov o zdravstvenem stanju, ki jih zavarovalnica potrebuje za sklenitev zavarovanja in obdelavo zavarovalnega primera (likvidacija škod). Ti podatki se obdelujejo na podlagi 268. člena ZZavar-1 ob sklepanju zavarovanja oziroma prijavi zavarovalnega primera (likvidaciji škode).

3.3 Zavarovalnica na podlagi 268. člena za namen zagotavljanja pravilnosti, točnosti in ažurnosti osebnih podatkov, za namen sklepanja zavarovalne pogodbe na pobudo zavarovalca in za namen likvidacije škod lahko opravi poizvedbe in pridobi pravilne in točne osebne podatke od drugih zavarovalnic, Zavarovalnega združenja ali iz zbirk podatkov državnih organov (zlasti od ZZS, ZPIZ, pristojni CSD in pristojnih ministrstev).

3.4 Zavarovalnica kontaktne osebne podatke zavarovalca in zavarovanca obdeluje na podlagi svojega zakonitega interesa pospeševanja prodaje produktov in storitev, ter obvešča o svojih aktualnih ponudbah, novostih in dogodkih. Zavarovalec in zavarovanec lahko kadarkoli ugovarjata obdelavi osebnih podatkov za ta namen po postopku iz 6.1 točke teh informacij.

#### 4. Uporabniki oziroma prejemniki osebnih podatkov:

4.1 Če je to potrebno za sklenitev ali izpolnitev zavarovalne pogodbe oziroma če tako določa zakon, osebne podatke zbirajo in obdelujejo tudi pooblaščenec družbe, s katerimi ima zavarovalnica sklenjene pogodbe, kot so npr. pozavarovatelji, zavarovalni zastopniki, posredniki, zdravniki, cenzorji, zdravstvene ustanove, nadzorni in finančni organi ter organi kazenskega pregona.

4.2 Zavarovalnica je članica Slovenskega zavarovalnega združenja (SZZ), preko katerega se na podlagi ZZavar-1 izmenjujejo določeni osebni podatki (podpora pri presoji tveganja, razjasnitvi dejanskega stanja pri preverjanju storitve ter boj proti zlorabam zavarovanj).

4.3 Prav tako se na podlagi zakonitega interesa družb Skupine Merkur osebni podatki prenašajo in skupno obdelujejo v okviru skupine, z namenom optimizacije delovnih procesov. Družbe v Skupini Merkur so navedene na vsakokratnem seznamu, dostopnem na [www.merkur-zav.si](http://www.merkur-zav.si).

#### 5. Obdobje hrambe osebnih podatkov:

Zavarovalnica osebne podatke, ki jih obdeluje za namen izvajanja zavarovalne pogodbe, hrani najdlje deset let od poteka veljavnosti zadnjega zavarovalčevega sklenjenega zavarovanja ali zaključka obdelave zadnjega zavarovalnega primera. Enako velja za obdelavo teh podatkov v družbah, ki so jim bili osebni podatki posredovani za isti namen.

Rok hrambe se po potrebi podaljša za 5 let, dokler je mogoče uveljavljanje pravnih zahtevkov iz zavarovalnega razmerja.

#### 6. Pravice posameznika:

6.1 S pisno zahtevo ali ustno na zapisnik, na naslovu Merkur zavarovalnica d.d., Pooblaščenec za varstvo osebnih podatkov, Dunajska 58, 1000 Ljubljana, ali na elektronski naslov [varstvo.podatkov@merkur-zav.si](mailto:varstvo.podatkov@merkur-zav.si) lahko zavarovalec oziroma zavarovana oseba uveljavlja pravice po predpisih, ki urejajo varstvo osebnih podatkov, in sicer zahteva dostop do osebnih podatkov, njihov popravek, omejitev obdelave, izbris osebnih podatkov, ki se obdelujejo v zvezi z njim, ali prenos k drugemu upravljavcu. Kadarkoli lahko tudi ugovarja obdelavi osebnih podatkov za namen iz 3.4 točke teh informacij.

6.2 Če obdelava temelji na osebni privolitvi (npr. podani spodaj) ima zavarovalec oziroma zavarovana oseba pravico, da svojo privolitve kadarkoli prekliche. Teh podatkov zavarovalnica ne bo več obdelovala, če ne bo obstajal drug pravni temelj za zakonito obdelavo. Preklic privolitve ne vpliva na zakonitost obdelave, ki se je na podlagi privolitve izvajala do njenega preklica.

#### 7. Pravica do vložitve pritožbe pri nadzornem organu:

Zavarovalec oziroma zavarovane osebe imajo pravico vložiti pritožbo pri Informacijskem pooblaščenca RS, če menijo, da se njihovi osebni podatki shranjujejo ali kako drugače obdelujejo v nasprotju z veljavnimi predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov.