

OBRAZEC - IZJAVA O UŽIVANJU/NEUŽIVANJU NIKOTINA

Obrazec se izpolni, če zavarovanec med trajanjem zavarovanja prične ali preneha z uživanjem nikotina, čemur se prilagodi premija.

Št. pogodbe:

Podatki o zavarovalcu:

| | | |
|---|--------------------|---------|
| Zavarovalec: | Davčna št.: | |
| Datum, kraj in država rojstva: | | |
| Ulica, hišna št., poštna št., kraj, država: | | |
| Začasni naslov: | | |
| 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.: | |

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.

NE, nisem (FATCA) DA, sem: državljan ZDA rezident ZDA za davčne namene (FATCA)
Številka TIN (tax identification number) oz. SSN (social security number):

NE, nisem (CRS) 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: nisem politično izpostavljena oseba sem politično izpostavljena oseba

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

Podatki o zavarovancu:

| | |
|--|--------|
| Zavarovanec: | Rojen: |
| Ste redno zaposleni: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE | |

Zavarovanec ustrezno označi A ali B

A) Zavarovanec DA uživa nikotin – to je oseba, ki podpiše spodnjo izjavo o uživanju nikotina.

Izjava o uživanju nikotina: spodaj podpisani zavarovanec izjavljam, da sem v mesecu _____ (vpiši mesec) leta _____ (vpiši leto) začel z uživanjem nikotina (sem štejem cigarete, e-cigarete, cigare, pipe in žvečenje tobaka). Nadalje se izrecno zavežujem, da bom zavarovalnico pisno in brez odlašanja obvestil, če bom po podpisu te izjave kadarkoli med trajanjem zavarovanja na kakršenkoli način prenehal z uživanjem nikotina in potrjujem, da sem seznanjen in se strinjam, da se bo premija, ki je odvisna od tega ali zavarovanec uživa nikotin, v tem primeru zame spremenila v premijo, ki velja za zavarovance, ki ne uživajo nikotin.

(podpis zavarovanca)

B) Zavarovanec NE uživa nikotina – to je oseba, ki podpiše spodnjo izjavo o neuživanju nikotina.

Izjava o neuživanju nikotina: spodaj podpisani zavarovanec izrecno izjavljam, da najmanj v obdobju zadnjih 12 mesecev nisem užival nobenega nikotina, zlasti nisem kadił cigaret, e-cigaret, cigar, pipe in nisem žvečil tobaka ter nimam nobenega namena začeti z uživanjem kakršnegakoli nikotina v prihodnosti. Nadalje se izrecno zavežujem, da bom zavarovalnico pisno in brez odlašanja obvestil, če bom po podpisu te izjave kadarkoli med trajanjem

zavarovanja na kakršenkoli način pričel z uživanjem nikotina in potrjujem, da sem seznanjen in se strinjam, da se bo premija, ki je odvisna od tega ali zavarovanec uživa nikotin, v tem primeru zame spremenila v premijo, ki velja za zavarovance, ki uživajo nikotin. Nadalje potrjujem, da sem seznanjen, da lahko zavarovalnica enostransko zavrne izplačilo zavarovalne dajatve, če je zavarovalni primer nastal v posredni ali neposredni vzročni zvezi z uživanjem nikotina, ki ga zavarovalnici nisem sporočil oziroma da lahko zavarovalnica enostransko zmanjša višino zavarovalne vsote sorazmerno z višino premije, ki bi morala biti plačana, če bi zavarovalnici sporočil uživanje nikotina, pa tega nisem storil, in sicer neodvisno od vzročne zveze med uživanjem nikotina in nastankom zavarovalnega primera. Končno zavarovalnici dovoljujem, da periodično med trajanjem zavarovalne dobe pri meni preveri, tudi s pomočjo testa na vsebnost kotinina v urinu, ali dejansko ne uživam nikotina.

(podpis zavarovanca)

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 zavarovalca: _____ (če je to podjetje, tudi žig podjetja)

Podpis zastopnika oz. posrednika in številka licence: _____

Informacije o obdelavi osebnih podatkov

1. Informacije o upravljavcu:

Upravljavec je Merkur zavarovalnica d.d. Ljubljana, Dunajska cesta 58,1000 Ljubljana (v nadaljevanju tudi: upravljavec 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.

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

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 škod).

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 zbirke 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.

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 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 prekliče. Teh podatkov zavarovalnica ne bo več obdelovala, če ne bo obstajal drug pravni temelj za zakonito obdelavo. Preključitev 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.