

1. a) Ime in priimek zavarovane osebe b) Davčna številka zavarovane osebe c) Datum in kraj rojstva d) Točen naslov e) Številka in naziv pošte f) Telefonska številka g) Elektronski naslov	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____ g) _____
2. IZPOLNITE, ČE UPRAVIČENEC NI ISTA OSEBA KOT ZAVAROVANA OSEBA: a) Ime in priimek upravičenca b) Davčna številka upravičenca c) Datum in kraj rojstva d) Točen naslov e) Številka in naziv pošte f) Telefonska številka g) Elektronski naslov	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____ g) _____
3. PODATKI O ZAVAROVALNEM PRIMERU – NASTOPU DOLOČENE TEŽKE BOLEZNI (ustrezno označite):	
a) srčni infarkt b) Bypass – operacija koronarnih arterij c) karcinom (maligni tumor) d) možganska kap, apopleksija e) kronična (terminalna) ledvična insuficienca f) operacija aorte g) presaditev organov h) zamenjava srčnih zaklopk i) multipla skleroza (kronično obolenje osrednjega živčevja) j) paraliza	k) slepota l) benigni možganski tumor m) koma n) kronična odpoved jeter (ciroza jeter) o) terminalna kronična obstruktivna bolezen pljuč p) izguba okončin r) huda poškodba glave s) hude opekline t) izguba glasu ali govorne funkcije u) gluhost (izguba sluha)
4. a) Diagnoza bolezn b) Datum postavitve diagnoze c) Ali se je zavarovana oseba že pred zgoraj navedenim datumom zdravila zaradi iste ali katere druge težke bolezn?	a) _____ b) _____ NE DA Navedite bolezen in obdobje zdravljenja: _____
5. a) Ime in priimek zavarovančevega izbranega osebnega zdravnika b) Zdravstvena ustanova izbranega osebnega zdravnika	a) _____ b) _____

Izjavljam, da so vse moje zgornje navedbe resnične. Namerno oz. zavestno navajanje neresničnih podatkov ali zamolčanje okoliščin, ki so pomembne za obravnavanje zavarovalnega primera, ima za posledico delno ali popolno izgubo pravice do zavarovalnine. V kolikor bi se v obravnavanem zavarovalnem primeru naknadno ugotovil razlog za izgubo zavarovalnih pravic, se zavežem vrniti vso prejeto zavarovalnino vključno z obrestmi in nastalimi stroški.

Strinjam se, da mi GRAWE zavarovalnica, d.d., vso pisno korespondenco v zvezi s tem zavarovalnim primerom pošilja po elektronski poti:

DA NE

 (Kraj, datum)

 (Podpis zavarovanca/upravičenca)