

Datum prispetja

Številka  
police**GRAWE  
NEZGODA**

- 
- Sprememba zavarovalca
- 
- Popravek podatkov
- 
- 
- Sprememba imena zavarovalca
- 
- Odpoved
- 
- 
- Sprememba naslova zavarovalca
- 
- Drugo

Agencija

## Sprememba police nezgodnega zavarovanja

Prosimo, izpolnite s tiskanimi črkami.  
 Ustrezno prekrižajte!**Novi podatki  
o zavarovalcu**

- 
- Moški
- 
- 
- Ženska
- 
- 
- Podjetje

Davčna številka	Telefonska številka	Priimek - ime - naziv podjetja	
Poštna številka	Kraj	Ulica in hišna številka	Poklic

**Pošto  
pošiljati na**

- 
- naslov zavarovalca
- 
- 
- osebni dvig
- 
- na naslov: \_\_\_\_\_

**Sprememba  
načina plačila**iz  1/1  1/2  1/4  1/12v  1/1  1/2  1/4  1/12**Sprememba  
načina  
plačevanja**

- 
- SEPA direktne obremenitve
- 
- SEPA direktno obremenitev
- 
- iz
- 
- univerzalnega plačilnega naloga (UPN) v
- 
- univerzalni plačilni nalog (UPN)
- 
- 
- administrativne prepovedi
- 
- administrativno prepoved

**Dodatek ali  
odpoved  
posamezne  
zavarovalne  
vrste**


**Opomba: v primeru zvišanja ali dodajanja zavarovalne vrste je potrebno obvezno izpolniti drugo stran obrazca.****Odstop od  
zavarovalne  
pogodbe**Izjavljam/o, da odstopam/o od zavarovalne pogodbe z dnem 

						2	0		
--	--	--	--	--	--	---	---	--	--

 (vpisati datum vključno z  
odpovednim rokom šestih mesecev).

Opomba: odstop od zavarovalne pogodbe je v skladu z 946. členom Obligacijskega zakonika možen šele po preteku treh let od začetka zavarovanja, in sicer z odpovednim rokom šestih mesecev.

**Časovna  
veljavnost  
sprememb**

Spremembe (razen odstopa od zavarovalne pogodbe) veljajo od dne

						2	0		
--	--	--	--	--	--	---	---	--	--

Kraj, datum	Podpis zastopnika	Podpis zavarovalca pri spremembi zavarovalca podpis obeih - starega in novega	Podpis zavarovanca 1 polnoletna oseba	Podpis zavarovanca 2 polnoletna oseba

## Vprašanja za zavarovanca

OSEBA 1: \_\_\_\_\_

OSEBA 2: \_\_\_\_\_

1. Obstajajo ali so obstajala neka druga življenjska, nezgodna, zdravstvena zavarovanja ali življenjsko zavarovanje z nadomestilom za določene težke bolezni oziroma ali so bila takšna zavarovanja zavrnjena?

 Oseba 1  DA  NE

Zavarovalna vsota: \_\_\_\_\_

Zavarovalnica: \_\_\_\_\_

 Oseba 2  DA  NE

Zavarovalna vsota: \_\_\_\_\_

Zavarovalnica: \_\_\_\_\_

6. Bolehate za kakšno boleznijo, imate kakšno telesno hibo ali pomanjkljivost, se vam je pripetila kakšna nezgoda? Vam je zaradi tega bil določen odstotek invalidnosti? Če da, koliko in zaradi česa?

 Oseba 1  DA  NE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

 Oseba 2  DA  NE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Ali ste pri opravljanju Vašega dela izpostavljeni posebnim nevarnostim (npr. sevanje, delo z eksplozivnimi sredstvi, delo na platformi - plin ali nafta, na tankerju ipd.)? Če DA, katerim?

 Oseba 1  DA  NE

\_\_\_\_\_

 Oseba 2  DA  NE

\_\_\_\_\_

7. Se vam je v preteklosti pripetila kakšna nezgoda, poškodba ali zastrupitev? Ste bili zdravljeni z obsevanji ali drugimi radioaktivnimi sredstvi?

 Oseba 1  DA  NE

\_\_\_\_\_

 Oseba 2  DA  NE

\_\_\_\_\_

3. Ali tekmuje (se ukvarjate s športom) na zemlji, v vodi, v zraku? Če da, s katero vrsto?

 Oseba 1  DA  NE

\_\_\_\_\_

 Oseba 2  DA  NE

\_\_\_\_\_

8. Drugi pomembni podatki:

Oseba 1

Oseba 2

Kadite?

 DA  NE

 DA  NE

Če DA, koliko na dan?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Redno uživate alkohol?

 DA  NE

 DA  NE

Redno jemljete kakšna zdravila?

 DA  NE

 DA  NE

Teža

\_\_\_\_\_ kg

\_\_\_\_\_ kg

Višina:

\_\_\_\_\_ cm

\_\_\_\_\_ cm

5. Ste preboleli kakšno bolezen, poškodbo, bili operirani, hospitalizirani (srce, pljuča, prebavila, ledvice, žolč, sladkorna bolezen, krvni tlak, rak, invalidnost)? Če da, kdaj, kje in kako dolgo?

 Oseba 1  DA  NE

\_\_\_\_\_

 Oseba 2  DA  NE

\_\_\_\_\_

9. Ime, priimek in naslov vašega zdravnika:

Oseba 1

\_\_\_\_\_

Oseba 2

\_\_\_\_\_

**Prosimo, da tukaj navedete izčrpne podatke o vseh vprašanih, na katera ste zgoraj odgovorili z DA in je bilo premalo prostora za vpis:**

- vrsta obolenja, težav, motenj? Rezultat? Posledice? Kdaj? Kako dolgo?

- ime in priimek, naslov zdravnika ali bolnišnice?

Vprašanje:	

Dovoljujem, da GRAWE zavarovalnica d.d. uporablja moje osebne podatke iz ponudbe/police za statistično obdelavo, trženjske raziskave ter za potrebe neposrednega trženja – obveščanje o novostih poslovanja in ugodnostih. Navedeno dovoljenje lahko kadar koli umaknem s pisno zahtevo, poslano po elektronski pošti na naslov [grawe@grawe.si](mailto:grawe@grawe.si) ali po pošti na GRAWE zavarovalnica d.d., Gregorčičeva 39, 2000 Maribor.

Ne dovoljujem, da GRAWE zavarovalnica d.d. uporablja moje osebne podatke iz ponudbe/police za statistično obdelavo, trženjske raziskave ter za potrebe neposrednega trženja – obveščanje o novostih poslovanja in ugodnostih.

Podpisani s tem pooblaščaj/-va/-mo zavarovalnico in njene pooblaščene organe, da pregledajo mojo (najino, naše) zdravstveno stanje; sprovedejo druge poizvedbe (preiskave); si priskrbijo informacije s strani posameznikov, zdravnikov, bolnišnic, zavarovalnic, sodišč in uradov, ki zadevajo škodni primer; dobijo vpogled v dokumente in naredijo prepise le-teh. V tem smislu tako odvezujem/-va/-mo vse, ki bi bili v tej zvezi vprašani, od molčečnosti tudi po moji/najini/naši smrti. Podpisniki te ponudbe soglašajo in pooblaščajajo zavarovalnico, da njihove osebne podatke zbira, obdeluje, shranjuje in posreduje na podlagi 268. člena Zakona o zavarovalništvu (ZZvar-1, Ur. l. RS 93/2015) v zvezi z Zakonom o varstvu osebnih podatkov (ZVOP-1-UPB1, Ur. l. RS 94/2007). Pomembna pojasnila na hrbtni strani ponudbe sem prebral. S podpisom potrjujem, da so ta pojasnila del ponudbe zavarovalne pogodbe. Zavarovalec s sklenitvijo zavarovanja izrecno in nepreklicano pooblašča zdravnike, bolnišnice in ostale medicinske ustanove, pri katerih se je zdravil ali se bo zdravil, kot tudi druge zavarovalnice ali uradne organe, da zavarovalnici na njeno pisno zahtevo dajo vse potrebne informacije in dokumentacijo o zavarovancu ter njegovem zdravstvenem stanju, kateri po oceni zavarovalnice imajo ali bi lahko imeli vzorčno-posledično zvezo z zavarovalnim primerom.

Kraj, datum	Podpis zastopnika	Podpis zavarovalca pri spremembi zavarovalca podpis obeh - starega in novega	Podpis zavarovanca 1 polnoletna oseba	Podpis zavarovanca 2 polnoletna oseba
_____	_____	_____	_____	_____