

## Zahtevek za spremembo pogodbe življenjskega zavarovanja (spremembe premije in kritja)

(Zahtevek je treba vložiti vsaj 30 dni pred 1. v mesecu, v katerem prosilec želi spremembo)

Vse spodaj zahtevane podatke potrebujemo za izpolnitev vaše zahteve ali naše odveze skladno z Zakonom o preprečevanju pranja denarja in financiranja terorizma, CRS, FATCA ali drugimi zakonskimi obveznostmi. Prosimo vas, da navedete točne podatke, vse spremembe pa bomo zabeležili v svojem sistemu. Več informacij o zbiranju in obdelavi vaših osebnih podatkov najdete na povezavi [www.allianz-slovenija.si](http://www.allianz-slovenija.si).

Številka police: \_\_\_\_\_ Spremembo želim od datuma \_\_\_\_\_

Podatki o vlagatelju zahtevka: ☐ Zavarovalec ☐ Zavarovanec

Ime in priimek/naziv  
podjetja \_\_\_\_\_

Datum rojstva \_\_\_\_\_ Spol ☐ m ☐ ž Državljanstvo/-a \_\_\_\_\_

Davčna številka         Kraj in država rojstva/sedeža \_\_\_\_\_

Ulica/trg/hišna številka \_\_\_\_\_

Poštna številka in kraj      \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Klicna številka države    Številka

GSM/Faks \_\_\_\_\_ Klicna številka države    Številka

E-pošta \_\_\_\_\_

Identifikacijski dokument ☐ Osebna izkaznica ☐ Izpisek iz sodnega registra

☐ Potni list ☐ Drugo \_\_\_\_\_

Velja do \_\_\_\_\_ Št. ident. dokumenta \_\_\_\_\_

Izdajatelj dokumenta \_\_\_\_\_

Ste politično izpostavljena oseba? ☐ da ☐ ne

V primeru pritrilnega odgovora je obvezno treba priložiti izpolnjen in podpisan vprašalnik za politično izpostavljene osebe. Vprašalnik je na voljo na spletni povezavi [https://www.allianz-slovenija.si/sl\\_SL/zasebni-uporabniki/skoda-in-info/najdite-dokument.html](https://www.allianz-slovenija.si/sl_SL/zasebni-uporabniki/skoda-in-info/najdite-dokument.html)

Politično izpostavljena oseba iz prejšnjega odstavka 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, skladno z 61. členom Zakona o preprečevanju pranja denarja in financiranja terorizma.



Izberite spremembe, zaradi katerih vlagate ta zahtevek, pri čemer bodite pozorni, za kateri produkt ste sklenili pogodbo. Izpolnite zahtevane podatke in skupaj z zahtevkom predložite izvirnik police.

## 1. OSNOVNO ZAVAROVANJE (sprememba je mogoča za produkt Allianz Global)

### 1.1. Sprememba višine letne premije

Nova letna premija: \_\_\_\_\_ EUR

Pri zvišanju letne premije je treba izpolniti izjavo z zaporedno številko 3.1.

S spremembo letne premije se spremeni tudi pogodbeni znesek za primer smrti.

### 1.2. Indeksacija

- ☐ Odpoved      ☐ Sprememba      ☐ Sklenitev
- ☐ 2 %      ☐ 5 %

S spremembo letne premije zaradi indeksacije se spremeni tudi pogodbeni znesek za primer smrti.

### 1.3. Sprememba košarice skladov (izberite novo košarico skladov)

- ☐ Aktivna  
☐ Uravnotežena  
☐ Konzervativna

Za polico, sklenjeno v UniCredit Banki:

- ☐ Aktivna-UCB  
☐ Uravnotežena-UCB  
☐ Konzervativna-UCB

Sprememba bo izvedena s prvim možnim dnevom nakupa oziroma prodaje obračunskih enot za posamezno zavarovalno pogodbo, vendar po prejemu zahteve za spremembo skladno veljavnimi pogoji.

Sprememba košarice skladov se opravi tako, da se prodajo obračunske enote v trenutni košarici po ceni obračunske enote na dan prodaje in kupijo obračunske enote v na novo izbrani košarici skladov po ceni obračunske enote na dan nakupa oziroma na dan spremembe košarice skladov.

## 2. DODATNA ZAVAROVANJA

### 2.1. Dodatno nezgodno zavarovanje oseb (nesreča)

- ☐ Odpoved      ☐ Sprememba      ☐ Sklenitev

| Cenik SDN45                                     | Višina pogodbenih zneskov (EUR) |                             |                              |                             |
|-------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
|                                                 | <input type="checkbox"/> I      | <input type="checkbox"/> II | <input type="checkbox"/> III | <input type="checkbox"/> IV |
| Pogodbeni znesek v primeru smrti zaradi nesreče | 10.000                          | 20.000                      | 30.000                       | 40.000                      |
| Osnova za trajno invalidnost                    | 25.000                          | 50.000                      | 75.000                       | 100.000                     |
| 100-odstotna trajna invalidnost                 | 50.000                          | 100.000                     | 150.000                      | 200.000                     |
| Dnevno nadomestilo za bivanje v bolnišnici      | 10                              | 20                          | 30                           | 40                          |

Pri sklenitvi dodatnega zavarovanja ali spremembi višine kritja je treba izpolniti izjavo pod številko 3.3.



## 2.2. Dodatno zavarovanje za primer težke bolezni, cenik STB1:

☐ Odpoved ☐ Sklenitev ☐ Sprememba pogodbene vsote

Pogodbena vsota/nova pogodbena vsota \_\_\_\_\_ EUR

Pri sklenitvi dodatnega zavarovanja ali spremembi pogodbene vsote je treba izpolniti izjavo pod št. 3.2.

Če pogodbeni znesek/nov pogodbeni znesek dodatnega zavarovanja za zavarovanca vstopne starosti od 18 do 49 let presega 75.000 EUR, za zavarovance od 50 do 60 let pa 60.000 EUR, je treba izpolniti tudi *Dodatni vprašalnik o zdravstvenem stanju*.

## 2.3. Dodatno nezgodno zavarovanje oseb (nesreča):

☐ Odpoved ☐ Sklenitev ☐ Sprememba

| Pogodbeni znesek EUR | <input type="checkbox"/> 1.000 | <input type="checkbox"/> 2.000 | <input type="checkbox"/> 3.000 | <input type="checkbox"/> 5.000 |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
|----------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|

Pri sklenitvi dodatnega zavarovanja ali spremembi pogodbene vsote je treba izpolniti izjavo pod številko 3.3.

## 2.4. Dodatno nezgodno rentno zavarovanje v primeru 50- ali več-odstotne invalidnosti:

☐ Odpoved ☐ Sklenitev ☐ Sprememba

| Plačilo rente                   |  | Mesečna renta EUR            |                              |                              |                                |
|---------------------------------|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 5 let  |  | <input type="checkbox"/> 500 | <input type="checkbox"/> 600 | <input type="checkbox"/> 800 | <input type="checkbox"/> 1.000 |
| <input type="checkbox"/> 10 let |  |                              |                              |                              |                                |
| <input type="checkbox"/> 15 let |  |                              |                              |                              |                                |
| <input type="checkbox"/> 20 let |  |                              |                              |                              |                                |

Pri sklenitvi dodatnega zavarovanja ali spremembi periodičnega izplačevanja rente ali zneska mesečne rente je treba izpolniti izjavo pod številko 3.3.

## 2.5. Dodatno nezgodno zavarovanje otrok ob življenjskem zavarovanju (poleg produkta Allianz Global):

☐ Odpoved ☐ Sklenitev ☐ Sprememba višine kritja

| Višina kritja (vsi zneski so v valuti EUR) | Pogodbena vsota za primer smrti zaradi nesreče | Osnova za trajno invalidnost | Pogodbena vsota za 100-odstotno trajno invalidnost | Dnevno nadomestilo za začasno nezmožnost | Dnevno nadomestilo za bivanje v bolnišnici v Sloveniji | Dodatno dnevno nadomestilo za bivanje v bolnišnici v tujini | Letna premija |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------|
| Vstopna starost/otrok 0–14 let             |                                                |                              |                                                    |                                          |                                                        |                                                             |               |
| <input type="checkbox"/> I                 | -                                              | 10.000                       | 20.000                                             | 2                                        | 20                                                     | 20                                                          | 16,79         |
| <input type="checkbox"/> II                | -                                              | 20.000                       | 40.000                                             | 4                                        | 40                                                     | 40                                                          | 33,57         |
| <input type="checkbox"/> III               | -                                              | 30.000                       | 60.000                                             | 6                                        | 60                                                     | 60                                                          | 50,36         |
| Vstopna starost/otrok 15–17 let            |                                                |                              |                                                    |                                          |                                                        |                                                             |               |
| <input type="checkbox"/> I                 | 2.500                                          | 10.000                       | 20.000                                             | 2                                        | 20                                                     | 20                                                          | 35,32         |
| <input type="checkbox"/> II                | 5.000                                          | 20.000                       | 40.000                                             | 4                                        | 40                                                     | 40                                                          | 70,64         |
| <input type="checkbox"/> III               | 7.500                                          | 30.000                       | 60.000                                             | 6                                        | 60                                                     | 60                                                          | 105,96        |



### 3. Izjave zavarovancev o zdravstvenem stanju in drugih tveganjih za sprejem v zavarovanje

#### 3.1. Izjava o zdravstvenem stanju zavarovanca pri zvišanju letne premije (pogodbene vsote) osnovnega zavarovanja

- ☐ Potrjujem, da nisem bil/-a zdravljen/-a ali hospitaliziran/-a, niti nisem v zadnjih dveh letih opravil/-a kakršnega koli diagnostičnega testa ali zdravljenja (razen rednih sistematskih pregledov z normalnimi izvidi) za katero koli od naslednjih bolezni/stanj: srčni infarkt ali katera koli srčna operacija (bypass, stent) in srčno popuščanje, možganska kap, rak (ali maligni tumor), kronična ledvična bolezen, odvisnost od alkohola ali drog in test na HIV.

#### 3.2. Izjava o zdravstvenem stanju zavarovanca pri sklepanju ali spremembi dodatnega zavarovanja za primer težke bolezni

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1. Ali ste kadilec? (Nekadilec je oseba, ki najmanj eno leto pred sklenitvijo ali obnovo zavarovalne pogodbe ni uporabljala tobačnih izdelkov ali drugih izdelkov, ki vsebujejo nikotin.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne |
| 2. Kakšna je vaša trenutna teža (kg) in višina (cm)?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | _____ cm _____ kg                                       |
| 3. Kaj je vaš poklic?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |
| _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |
| 4. Ali se ukvarjate s kakšno športno aktivnostjo? Če DA, prosimo, navedite podrobnosti o tem, s katerimi športi se ukvarjate, ne glede na to, ali ste poklicni, amaterski ali rekreativni športnik?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne |
| 5. Ali vas trenutno zdravijo, oziroma so kadarkoli postavili diagnozo za: <ul style="list-style-type: none"><li>• bolečina v prsih (angina), bolezen srca, srčna kap, srčna aritmija, potrebna zdravljenja, šum na srcu, srčna revma, srčno popuščanje, operacija na srcu ali kakršna koli oblika bolezni srca</li><li>• možganska kap, TIA ("mini kap"), možganska krvavitev, aphasia (težave z govorom ali razumevanjem govora ali nezmožnost branja ali pisanja) ali kako obliko epilepsije ali paralize</li><li>• kakršen koli maligni tumor, rak, levkemija, limfom ali druga oblika rakave bolezni</li><li>• kakršna koli oblika benignega tumorja na možganih</li><li>• sladkorna bolezen</li><li>• okvare organov (pljuča, jetra, ledvice)</li></ul> | <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne |
| 6. Ali ste v zadnjih 2 letih zaradi bolezni jemali kakršna koli zdravila v obdobju 14 dni zapored?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne |
| 7. Ali ste v zadnjih 12 mesecih prosili za pomoč zdravnika zaradi česa drugega, kot so manjše nevšečnosti ali to nameravate storiti v bližnji prihodnosti razen sistematski pregled z normalnimi izvidi?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne |
| 8. Ali ste bili odsotni z delovnega mesta zaradi zdravstvenih razlogov za več kot 10 dni zapored v zadnjih 12 mesecih in ali vas pri vaši zaposlitvi kar koli ovira ali onemogoča, da bi vaše delo uspešno opravili?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne |
| 9. Družinski člani zavarovanca:<br>Partner zavarovanca: _____<br>(ime in priimek, sorodstvo, datum rojstva)<br>Otroci zavarovanca: _____<br>(ime in priimek, sorodstvo, datum rojstva)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |

#### Dodatni vprašalnik o zdravstvenem stanju zavarovanca:

|                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1. Ali vam je kdaj zdravnik predlagal, da zmanjšate oziroma nehate z uživanjem alkohola zaradi zdravstvenih razlogov in ali ste kdaj sodelovali pri svetovanju, terapiji ali programu s ciljem zmanjšanja oziroma prenehanja uživanja alkohola? | <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne |
| 2. Ali ste v zadnjih 10 letih uporabili katero od prepovedanih drog, kot so kokain, heroin, amfetamin ali ecstasy ali katerokoli drugo drogo?                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 3. Ali ste v zadnjih 10 letih: <ul style="list-style-type: none"><li>• imeli operacijo, ki je od vas zahtevala, da ostanete v bolnišnici 2 ali več noči?</li><li>• potrebovali specialistično preiskavo, kot so ECG, CT, MRI, endoskopija ali podobno?</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne |
| 4. Ali imate trenutno ali ste imeli v zadnjih 10 letih nekaj od navedenega: <ul style="list-style-type: none"><li>a) povišane vrednosti krvnega sladkorja ali lipide (holesterol, trigliceridi) ali da je krvni tlak presegal 130 mm Hg (sistolični) ali 80 mm Hg (diastolični)?</li><li>b) kakšne nepravilnosti v dihalnem sistemu, kot so astma, bronhitis ali emfizem?</li><li>c) probleme s prebavili, kot so razjeda, gastritis, pankreatitis, colon polyposis, vnetno črevesno bolezen (Crohnovo bolezen ali ulcerozni kolitis)?</li><li>d) katero od oblik hepatitisa, cirozo jeter ali drugo bolezen jeter ali žolčnika?</li><li>e) katero od vrst kamnov v sečilih, nefritis, nefrotični sindrom, odpoved ledvic ali drugo nepravilnost v ledvicah ali sečilih?</li><li>f) odrevenelost, izgubo čuta ali mravljičenje v udih ali na obrazu, zmanjšano moč mišic, multiplo sklerozo ali drugo bolezen živčnega sistema?</li><li>g) katero od oblik duševne bolezni zdravljene s strani psihiatra, kot so strah, depresija, živčni zlom, stres, kronična utrujenost, problem s prebavo in ali ste kdaj poskusili storiti samomor?</li><li>h) bolečine v hrbtu ali sklepih, artritis, išias ali drugo obliko mišično-skeletnih ali revmatskih nepravilnosti?</li><li>i) težave z vidom, razen miopija, hiperopija ali astigmatizem, ki ne vplivajo na dnevne aktivnosti ali poslabšanje sluha?</li><li>j) kakšno nenormalnost na krvi ali urinu, ki zgoraj ni bila omenjena, vendar je potrebovala preiskave, nasvet ali poseg?</li></ul> | <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne |
| 5. Ali so vam že kdaj zavrnili vlogo za življenjsko, zdravstveno zavarovanje ali zavarovanje za kritične bolezni, odložili ali sprejeli vlogo pod nestandardnimi pogoji ali pa ste vlogo umaknili?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne |

### 3.3. Izjava zavarovanca pri sklepanju ali spremembi dodatnega zavarovanja za primer nesreče (nezgode):

1. Poklic zavarovanca \_\_\_\_\_
2. Šport, s katerim se zavarovanec ukvarja, in ali se z njim ukvarja profesionalno, ljubiteljsko ali rekreativno \_\_\_\_\_
3. Hobi zavarovanca \_\_\_\_\_

## 4. Podpisi

Podpisa zavarovalca in zavarovanca (če sta zavarovalec in zavarovanec različni osebi) na tem zahtevku sta obvezna, sicer pa podpisana ponudba, polica, zavarovalni pogoji in vsi dodatki k ponudbi oziroma polici tvorijo zavarovalno pogodbo.

Izjema: Podpis zavarovanca ni nujen, če se spremenijo osebni podatki zavarovalca ter način in dinamika plačevanja premije.

Vlagatelj  
zahtevka/zavarovalec/M. P.

Zavarovanec

Kraj in datum