

Št. police

Datum prispetja v AVRIO

AVRIO zavarovalnica d. d.

Vošnjakova 6, 1000 Ljubljana

Tel.: 01 300 36 18, 080 19 56

www.avrio.si, info@avrio.si



Št. ponudbe

Agencija / zastopnik

# PONUDBA ZA SKLENITEV RENTNEGA ZAVAROVANJA

## 1. ZAVAROVALEC

Priimek in ime		EMŠO		Datum rojstva	
Stalni naslov	Poštna št.	Kraj	Ulica		Hišna št.
Naslov za obveščanje	Poštna št.	Kraj	Ulica		Hišna št.
Vrsta osebnega dokumenta	Št. osebnega dokumenta		Naziv izdajatelja		Datum veljavnosti
Elektronski naslov			Davčna št.		Telefonska št.

## 2. ZAVAROVANEC

Priimek in ime		EMŠO		Datum rojstva	
Poštna št.	Kraj	Ulica		Hišna št.	Moški <input type="checkbox"/> Ženska <input type="checkbox"/>
			Davčna št.		Telefonska št.
Zaposlitev		Delo, ki ga opravlja			Nevarnostni razred NR:
Šport / Hobi			Teža		Višina

## 3. TRAJANJE ZAVAROVANJA

Pristopna starost	Doba plačevanja	Začetek zavarovanja	Potek plačevanja premije	Zdravniški pregled <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
-------------------	-----------------	---------------------	--------------------------	--

## 4. RENTNO ZAVAROVANJE V EUR

1 <input type="checkbox"/>	<b>MESEČNA STAROSTNA RENTA</b>				
	OBDOBJE IZPLAČEVANJA		PRIČAKOVANA RENTA	GARANTIRANA RENTA	Pričakovana višina starostne rente je izračunana na podlagi povprečne 2 % letne donosnosti naložb v celotnem obdobju plačevanja premije. Uspešnosti in vrednosti delitve dobička ni mogoče zagotoviti.
	Začetek izplačevanja	Potek izplačevanja			
OD	Do smrti zavarovanca	EUR	EUR		
2 <input type="checkbox"/>	<b>MESEČNA STAROSTNA RENTA</b>				
	OBDOBJE IZPLAČEVANJA		RENTA	Višina mesečne rente, ki jo upravičenec prejme za obdobje do predvidenega začetka izplačevanja starostne rente, če zavarovanec umre v tem obdobju.	
	OD	DO			
OD	Do dopolnitve 78 let starosti zavarovanca	EUR	Izplačuje se v primeru smrti zavarovanca, do časa, ko bi zavarovanec dopolnil 78 let starosti, če bi bil živ		
3 <input type="checkbox"/>	<b>MESEČNA INVALIDSKA RENTA</b>				
	OBDOBJE IZPLAČEVANJA		RENTA	Izplačuje se od nastanka invalidnosti, do največ predvidenega začetka prejemanja starostne rente oziroma smrti, če je to prej.	
	OD	DO			
		EUR	Izplačuje se od predvidenega začetka prejemanja starostne rente, oziroma če zavarovanec postane invalid po dopolnjenem 58. letu starosti, do smrti zavarovanca, če je zavarovanec na ta dan še živ,		

Jamstvo zavarovalnice za primer invalidske rente se začne po 3. mesecih od začetka zavarovanja, razen v primeru nezgodne invalidnosti.

## 5. UPRAVIČENCI

### ZA PRIMER SMRTI

Če ni navedbe upravičenca so upravičenci zakoniti dediči zavarovanca.

1	Priimek in ime		Datum rojstva	Davčna št.
	Poštna št.	Kraj	Ulica	Hišna št.
2	Priimek in ime		Datum rojstva	Davčna št.
	Poštna št.	Kraj	Ulica	Hišna št.
3	Priimek in ime		Datum rojstva	Davčna št.
	Poštna št.	Kraj	Ulica	Hišna št.

### ZA DRUGE PRIMERE

Če ni navedbe upravičenca je upravičenec zavarovalec.

1	Priimek in ime		Datum rojstva	Davčna št.
	Poštna št.	Kraj	Ulica	Hišna št.

## 6. ZAVAROVALNA PREMIJA

Cenik	Splošni pogoji	Posebni pogoji	Mesečna premija	EUR
-------	----------------	----------------	-----------------	-----

### Način plačila

obročno <input type="checkbox"/>	mesečno <input type="checkbox"/>	četrletno <input type="checkbox"/>	polletno <input type="checkbox"/>	letno <input type="checkbox"/>	v enkratnem znesku <input type="checkbox"/>
direktna bremenitev <input type="checkbox"/>		položnica <input type="checkbox"/>		e-položnica <input type="checkbox"/>	

Obrok (mesečna premija x 1, 3, 6. ali 12) \_\_\_\_\_ EUR

Davek (DPZP) 8,5 % \_\_\_\_\_ EUR

Obrok premije z davkom \_\_\_\_\_ EUR

## 7. IZJAVE IN SOGLASJA

Zavarovalec izjavlja in s podpisom potrjuje, da so vsi podatki v tej ponudbi in odgovori na zastavljena vprašanja točni in resnični. Če se naknadno ugotovi nasprotno, se uporabljajo določila Obligacijskega zakonika.

Zavarovanec s podpisom na tej ponudbi izrecno soglašam in pooblašчам zavarovalnico, da lahko kadarkoli in od kateregakoli zdravnika, zdravstvene oziroma druge ustanove pridobi vse podatke o mojem zdravstvenem stanju ali poteku zdravljenja oziroma podatke, ki bi vplivali na oceno nevarnosti in na ugotavljanje obveznosti zavarovalnice, če bo zavarovalna pogodba sklenjena.

V skladu z določili Zakona o varstvu osebnih podatkov dovoljujem, da se zgoraj navedeni osebni podatki uporabljajo v zbirki podatkov, ki jo vzpostavi, vodi in vzdržuje AVRIO, d. d. z namenom zbiranja podatkov o zavarovancih na podlagi zakona o zavarovalništvu in z namenom obveščanja zavarovancev o svojih produktih.

S podpisom :

- Potrjujem prejem obvestila po 545. členu ZZavar-1.
- Potrjujem, da sem seznanjen s splošnimi pogoji za to zavarovanje.
- Potrjujem prejem kopije ponudbe za sklenitev tega zavarovanja kakor tudi kopije odgovorov na vprašanja o zdravstvenem stanju.

## 8. PODPISI

Kraj in datum	Podpis sklepalca	Podpis zavarovalca	Podpis zavarovanca (v kolikor zavarovalec in zavarovanec ni ista oseba)
---------------	------------------	--------------------	--

# VPRAŠALNIK O ZDRAVSTVENEM STANJU ZAVAROVANCA

Prosimo, da natančno preberete vprašalnik o zdravstvenem stanju in natančno, resnično in v celoti odgovorite na vsa vprašanja, ki so zastavljena v tem obrazcu. IZPOLNJUJE SE SAMO V PRIMERU INVALIDSKE IN DRUŽINSKE POKOJNINE.

## PODATKI O OSEBNEM ZDRAVNIKU

Ime in priimek osebnega zdravnika	Zdravstvena ustanova
-----------------------------------	----------------------

## SPLOŠNI PODATKI

Ali ste se kdaj želeli življenjsko zavarovati, zavarovati za primer poklicne invalidnosti, pa je bila sklenitev zavrnjena oziroma vam je bila ponujena pod posebnimi pogoji (na primer z doplačilom premije)?	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
Ali ste že kdaj zaprosili za invalidsko pokojnino zaradi nezgode ali bolezni oziroma ste jo prejeli, bodisi iz socialnega bodisi iz zasebnega zavarovanja?	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
Ali se trenutno ukvarjate oziroma je verjetno, da se boste ukvarjali s katero od tveganih priložnostnih dejavnosti ali športi, kot so na primer dirke z avtomobili, športnimi čolni in podobno, motociklizem in motokros, upravljanje letal in vožnja z letali ter drugimi zračnimi plovili, razen za potnike v javnem prometu, balonarstvo, zmazarstvo, jadralno padalstvo, padalstvo, motorno padalstvo in podobno, borilni športi, bob, skeletoni, smučarski skoki, jahanje, galopske in kasaške dirke, lov, športno strelstvo, športno plezanje, vrhunska alpinistika, športno potapljanje, ekstremno rolanje, ekstremno deskanje, bungee jumping, gorsko kolesarstvo, bmx, jadrnanje po ledu, jadrnanje oziroma druge športne in priložnostne dejavnosti, ki sicer niso navedene, so pa po naravi tvegane (obkrožite ali dopišite)?	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
Ali vaš poklic vključuje delo v ribiški industriji, v proizvodnji nafte oziroma plina, pod zemljo, pod vodo, z eksplozivnimi sredstvi, v oboroženih silah, delate kot poklicni športnik ali na višini nad 8 metrov (obkrožite ali dopišite)?	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
Navedite dnevno količino pokajenih cigaret oz. cigar	Navedite količino tedenske porabe alkohola in vrsto pijače	Krvni tlak

## ZDRAVSTVENO STANJE

Na vsa vprašanja, na katera odgovorite z DA, podajte podrobne opise in opredelite, kdaj ste imeli navedene težave. V nasprotnem primeru bo ponudba reklamirana in zavarovanje ne bo sklenjeno. Obvezno navedite vse podrobnosti o vašem zdravstvenem stanju, in priložite zadnje izvide.	PODROBNOSTI
1. Imate trenutno kakršne koli zdravstvene težave oziroma ste nesposobni za delo?	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
2. Ali ste se kadar koli zdravili, se zdravite oziroma so vam svetovali, da greste na zdravniške preiskave ali posvete, operacijo oziroma zdravljenje za katero koli od spodaj navedenih bolezni in stanj:	
a) srčni infarkt, bolečine v prsnem košu, palpitacija srca, šum na srcu, visok krvni pritisk, možganska kap oziroma druga bolezen ali abnormalnost v povezavi s srcem, arterijami ali venami (na primer anevrizma, angina pectoris, blokada arterije, kardiomiopatija, prirojene srčne napake, srčne aritmije, bolezni arterij in ven, abnormalen EKG, vnetje žil, nizek krvni pritisk, povišan holesterol, težave s srčnimi zaklopkami, TIA);	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
b) povečanje žlez, kakršna koli oblika raka, tumorjev ali bolezni krvi;	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
c) multipla skleroza, kakršne koli motnje delovanja možganov, epilepsija, omedlevica, duševne motnje ali katera koli bolezen, povezana z živčnim sistemom;	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
d) diabetes oziroma sladkor v krvi;	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
e) artritis, revmatizem ali katera koli oblika težav, povezanih z vratom, hrbtom in hrbtenico;	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
f) katera koli oblika nevroze, depresije, duševne motnje; ste kadar koli jemali pomirjevala oziroma antidepresivna zdravila;	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
g) čir oziroma druge želodčne bolezni, bolezni trebušne slinavke, jeter, žolča ali črevesja (če je odgovor DA, navedite tudi, kdaj ste imeli te težave);	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
h) bolezni, ki so povezane z dihalnimi organi (astma, bronhitis, tuberkuloza; če je odgovor DA, navedite tudi, kdaj ste imeli te težave);	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
i) bolezni, ki so povezane z urinarnim traktom, kot so bolezni ledvic, mehurja in spolnih organov (če je odgovor DA, navedite tudi, kdaj ste imeli te težave);	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
j) katera koli bolezen, povezana s sluhom, vidom, nosno votlino, grlom ali usti (če je odgovor DA, navedite tudi, kdaj ste imeli te težave);	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
k) ali se trenutno zdravite zaradi kakršne koli zdravstvene težave oziroma psihične motnje, jemljete zdravila, injekcije, se morate držati diete in drugo, česar še niste omenili?	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
3. Ali ste v zadnjih 5 letih uživali droge, kot so ekstazi, kokain ali heroin? Ste se kadar koli zdravili zaradi katere koli vrste odvisnosti (na primer alkoholizma ali odvisnosti od mamil)?	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
4. Ali ste bili kadar koli pozitivni na testu HIV, hepatitis B ali hepatitis C oziroma ali čakate na rezultate teh testov?	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
5. Ali ste bili kdaj težje telesno poškodovani oziroma ste zboleli za katero koli drugo boleznijo, ki ni bila omenjena v prejšnjih vprašanjih? Če je odgovor DA, navedite datum poškodbe in posledice.	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>

Podpis zavarovanca	Kraj in datum
--------------------	---------------