

Predbežné číslo poisťnej zmluvy:



9810354559

Allianz 
Slovenská poisťovňa

ID - kód
nevpisovať

ŠŤASTNÝ ŽIVOT

Poisťovateľ: Allianz – Slovenská poisťovňa, a.s., Dostojevského rad 4, 815 74 Bratislava, IČO: 00 151 700,
IČ DPH: SK2020374862, zapísaná v obch. registri Okresného súdu Bratislava I, odd.: Sa vložka č. 196/B

POISTNÍK

Rodné číslo / IČO	Vstupný vek	Štátna príslušnosť	Telefón	Titul pred menom
00328286	<input type="text"/> rokov	SK	+421905276033	<input type="text"/>
Priezvisko / obchodné meno	Meno		Titul za menom	
Obec Honce	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Adresa trvalého pobytu / sídla poisťníka / miesta podnikania (ak ide o fyzickú osobu podnikateľa)				
Ulica, súp. / or. číslo	54	Obec, PSČ	Honce, 04932	
PEO ¹⁾ (vyplniť v prípade, ak je poisťník PEO) <input type="checkbox"/>				
E-mail	obec.honce		@	gmail.com
SO ²⁾ (vyplniť v prípade, ak je poisťník SO) <input type="checkbox"/>				
Druh dokladu totožnosti	Číslo dokladu totožnosti	Zamestnanie		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Kontaktná adresa (vyplniť iba v prípade, ak je iná ako vyššie uvedená)				
Ulica, súp. / or. číslo	<input type="text"/>	Obec, PSČ	<input type="text"/>	

1. POISTENÁ OSOBA

totožná s poisťníkom (ak je totožná, nie je potrebné čast' 1. poistená osoba vyplňať)

Rodné číslo	Vstupný vek	Štátna príslušnosť	Telefón	Titul pred menom
6859016659	52 rokov	SK	+421949341909	<input type="text"/>
Priezvisko	Meno		Titul za menom	
Hajduová	Mária		<input type="text"/>	
Adresa trvalého pobytu				
Ulica, súp. / or. číslo	93	Obec, PSČ	Honce, 04932	
PEO ¹⁾ (vyplniť v prípade, ak je poistený PEO) <input type="checkbox"/>				
E-mail	<input type="text"/>		@	<input type="text"/>
SO ²⁾ (vyplniť v prípade, ak je poistený SO) <input type="checkbox"/>				
Druh dokladu totožnosti	Číslo dokladu totožnosti	Zamestnanie		
OP	ER736175.	nezamestnaný		
Kontaktná adresa (vyplniť iba v prípade, ak je iná ako vyššie uvedená)				
Ulica, súp. / or. číslo	<input type="text"/>	Obec, PSČ	<input type="text"/>	

2. POISTENÁ OSOBA

Rodné číslo	Vstupný vek	Štátna príslušnosť	Telefón	Titul pred menom
7101279295	49 rokov	SK	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Priezvisko	Meno		Titul za menom	
Vilim	Maroš		<input type="text"/>	
Adresa trvalého pobytu				
Ulica, súp. / or. číslo	63	Obec, PSČ	Honce, 04932	
PEO ¹⁾ (vyplniť v prípade, ak je poistený PEO) <input type="checkbox"/>				
E-mail	<input type="text"/>		@	<input type="text"/>
SO ²⁾ (vyplniť v prípade, ak je poistený SO) <input type="checkbox"/>				
Druh dokladu totožnosti	Číslo dokladu totožnosti	Zamestnanie		
OP	ET834176	nezamestnaný		
Kontaktná adresa (vyplniť iba v prípade, ak je iná ako vyššie uvedená)				
Ulica, súp. / or. číslo	<input type="text"/>	Obec, PSČ	<input type="text"/>	



A3LM530001M

3. POISTENÁ OSOBA

Rodné číslo	Vstupný vek	Štátna príslušnosť	Telefón	Titul pred menom
<input type="text" value="6107156286"/>	<input type="text" value="59"/> rokov	<input type="text" value="SK"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Priezvisko	Meno		Titul za menom	
<input type="text" value="Gallo"/>	<input type="text" value="Jaroslav"/>		<input type="text"/>	
Adresa trvalého pobytu				
Ulica, súp. / or. číslo		Obec, PSČ		
<input type="text" value="26"/>		<input type="text" value="Honca, 04932"/>		
PEO ¹⁾ (vyplniť v prípade, ak je poistený PEO) <input type="checkbox"/>				
E-mail		@		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Druh dokladu totožnosti	Číslo dokladu totožnosti	Zamestnanie	SO ²⁾ (vyplniť v prípade, ak je poistený SO) <input type="checkbox"/>	
<input type="text" value="OP"/>	<input type="text" value="EW604468"/>	<input type="text" value="nezamestnaný"/>		
Kontaktná adresa (vyplniť iba v prípade, ak je iná ako vyššie uvedená)				
Ulica, súp. / or. číslo		Obec, PSČ		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		

- POISTENÁ OSOBA

Rodné číslo	Vstupný vek	Štátna príslušnosť	Telefón	Titul pred menom
<input type="text"/>	<input type="text"/> rokov	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Priezvisko	Meno		Titul za menom	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Adresa trvalého pobytu				
Ulica, súp. / or. číslo		Obec, PSČ		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
PEO ¹⁾ (vyplniť v prípade, ak je poistený PEO) <input type="checkbox"/>				
E-mail		@		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Druh dokladu totožnosti	Číslo dokladu totožnosti	Zamestnanie	SO ²⁾ (vyplniť v prípade, ak je poistený SO) <input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Kontaktná adresa (vyplniť iba v prípade, ak je iná ako vyššie uvedená)				
Ulica, súp. / or. číslo		Obec, PSČ		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		

- POISTENÁ OSOBA

Rodné číslo	Vstupný vek	Štátna príslušnosť	Telefón	Titul pred menom
<input type="text"/>	<input type="text"/> rokov	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Priezvisko	Meno		Titul za menom	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Adresa trvalého pobytu				
Ulica, súp. / or. číslo		Obec, PSČ		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
PEO ¹⁾ (vyplniť v prípade, ak je poistený PEO) <input type="checkbox"/>				
E-mail		@		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Druh dokladu totožnosti	Číslo dokladu totožnosti	Zamestnanie	SO ²⁾ (vyplniť v prípade, ak je poistený SO) <input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Kontaktná adresa (vyplniť iba v prípade, ak je iná ako vyššie uvedená)				
Ulica, súp. / or. číslo		Obec, PSČ		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		



ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

PRE 1. POISTENÚ OSOBU

Výška cm Hmotnosť kg

Meno, adresa, telefónne číslo lekára, u ktorého má poistený zdravotnú kartu v evidencii.

PRE 2. POISTENÚ OSOBU

Výška cm Hmotnosť kg

Meno, adresa, telefónne číslo lekára, u ktorého má poistený zdravotnú kartu v evidencii.

- | | 1. Poistená osoba | | 2. Poistená osoba | |
|---|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| | ÁNO | NIE | ÁNO | NIE |
| 1) Fajčili ste v posledných 12 mesiacoch cigarety, cigary, fajku alebo ste inak užívali tabak? (ak áno, konkretizujte a uveďte denné množstvo) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2) Ste v súčasnej dobe práceneschopný? (ak áno, uveďte jej dôvod a dátum odkedy) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3) Utrpeli ste úraz, ktorý zanechal trvalé následky, alebo v posledných troch rokoch akýkoľvek úraz? (ak áno, uveďte aký úraz, kedy, dĺžku a spôsob liečby, následky úrazu) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4) Ste alebo boli ste liečený alebo sledovaný pre nižšie uvedené ochorenia alebo sa u Vás vyskytli ich príznaky: (ak áno, uveďte ochorenie/príznaky, odkedy, súčasný stav) • ochorenie srdca, ciev, vysoký krvný tlak, mozgová alebo srdcová príhoda • nádorové ochorenie, ochorenie lymfatických uzlín • ochorenie pľúc a dýchacích ciest, astma • ochorenie krvi • ochorenie tráviaceho traktu, pečene, pankreasu, poruchy metabolizmu, cukrovka • ochorenie štítnej žľazy, endokrinného systému • ochorenie močového a pohlavného systému • AIDS, HIV-pozitivita, hepatitída, TBC; infekčné ochorenia, ktoré zanechali následky • nervové alebo psychické poruchy; chronický únavový syndróm • liečba v dôsledku užívania alkoholu, liekov, drog alebo inej závislosti, príp. odporúčenie na liečbu • poškodenie alebo ochorenie očí, uší • neuritída, ischias, reumatizmus, artritída, dna, psoriáza, ochorenie alebo poškodenie svalov, kostí, kĺbov, chrbtice • iné ochorenia, poškodenia | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5) Máte v najbližších 6 mesiacoch plánovanú akúkoľvek operáciu? (ak áno, uveďte dôvod, diagnózu, dátum, nemocnicu) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6) Užívate pravidelne lieky? (ak áno, uveďte názov lieku, odkedy, ako často) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7) Vyskytli sa u Vašich rodičov alebo súrodencov pred dosiahnutím veku 60 rokov ochorenia srdca, nádory, mozgová príhoda, skleróza multiplex, polycystické ochorenie obličiek, cukrovka, dedičné ochorenia, Alzheimerova alebo Parkinsonova choroba? <i>na túto otázku odpovedajte iba v prípade dojednaného poistenia kritických chorôb</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Ste uznaný invalidným alebo žiadali ste o invalidný dôchodok? (ak áno, uveďte dôvod, obdobie od - do, % poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9) Športujete? (ak áno, uveďte šport a spôsob vykonávania - rekreačne, amatérsky, profesionálne, ak v súťažiach, uveďte druh súťaže) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10) Ste vystavený zvláštnym nebezpečenstvám pri pracovných alebo iných činnostiach, napr. silné žiarenie, výbušniny, potápanie, parašutizmus, rýchlostné preteky, súkromné a športové lety, horolezectvo, poľovníctvo, jazda na motocykli a pod.? (ak áno, konkretizujte druh činnosti a ako často za rok sa činnosti venujete) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 11) Ste pravák? <i>na túto otázku odpovedajte iba v prípade dojednaného poistenia trvalých následkov úrazu</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ak ste na niektorú z otázok odpovedali „ÁNO“, uveďte, prosíme, číslo otázky a všetky podrobnosti podľa pokynov uvedených pri otázke.



ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

PRE 3. POISTENÚ OSOBU

Výška cm Hmotnosť kg

Meno, adresa, telefónne číslo lekára, u ktorého má poistený zdravotnú kartu v evidencii.

PRE POISTENÚ OSOBU

Výška cm Hmotnosť kg

Meno, adresa, telefónne číslo lekára, u ktorého má poistený zdravotnú kartu v evidencii.

3. Poistená osoba Poistená osoba

ÁNO NIE ÁNO NIE

- 1) Fajčili ste v posledných 12 mesiacoch cigarety, cigary, fajku alebo ste inak užívali tabak? (ak áno, konkretizujte a uveďte denné množstvo) ÁNO NIE ÁNO NIE
- 2) Ste v súčasnej dobe práceneschopný? (ak áno, uveďte jej dôvod a dátum odkedy) ÁNO NIE ÁNO NIE
- 3) Utrpeli ste úraz, ktorý zanechal trvalé následky, alebo v posledných troch rokoch akýkoľvek úraz? (ak áno, uveďte aký úraz, kedy, dĺžku a spôsob liečby, následky úrazu) ÁNO NIE ÁNO NIE
- 4) Ste alebo boli ste liečený alebo sledovaný pre nižšie uvedené ochorenia alebo sa u Vás vyskytli ich príznaky: (ak áno, uveďte ochorenie/príznaky, odkedy, súčasný stav) • ochorenie srdca, ciev, vysoký krvný tlak, mozgová alebo srdcová príhoda • nádorové ochorenie, ochorenie lymfatických uzlín • ochorenie pľúc a dýchacích ciest, astma • ochorenie krvi • ochorenie tráviaceho traktu, pečene, pankreasu, poruchy metabolizmu, cukrovka • ochorenie štítnej žľazy, endokrinného systému • ochorenie močového a pohlavného systému • AIDS, HIV-pozitivita, hepatitída, TBC; infekčné ochorenia, ktoré zanechali následky • nervové alebo psychické poruchy; chronický únavový syndróm • liečba v dôsledku užívania alkoholu, liekov, drog alebo inej závislosti, príp. odporúčenie na liečbu • poškodenie alebo ochorenie očí, uší • neuritída, ischias, reumatizmus, artritída, dna, psoriáza, ochorenie alebo poškodenie svalov, kostí, kĺbov, chrbtice • iné ochorenia, poškodenia ÁNO NIE ÁNO NIE
- 5) Máte v najbližších 6 mesiacoch plánovanú akúkoľvek operáciu? (ak áno, uveďte dôvod, diagnózu, dátum, nemocnicu) ÁNO NIE ÁNO NIE
- 6) Užívate pravidelne lieky? (ak áno, uveďte názov lieku, odkedy, ako často) ÁNO NIE ÁNO NIE
- 7) Vyskytli sa u Vašich rodičov alebo súrodencov pred dosiahnutím veku 60 rokov ochorenia srdca, nádory, mozgová príhoda, skleróza multiplex, polycystické ochorenie obličiek, cukrovka, dedičné ochorenia, Alzheimerova alebo Parkinsonova choroba? *na túto otázku odpovedajte iba v prípade dojednaného poistenia kritických chorôb* ÁNO NIE ÁNO NIE
- 8) Ste uznaný invalidným alebo žiadali ste o invalidný dôchodok? (ak áno, uveďte dôvod, obdobie od - do, % poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť) ÁNO NIE ÁNO NIE
- 9) Športujete? (ak áno, uveďte šport a spôsob vykonávania - rekreačne, amatérsky, profesionálne, ak v súťažiach, uveďte druh súťaže) ÁNO NIE ÁNO NIE
- 10) Ste vystavený zvláštnym nebezpečenstvám pri pracovných alebo iných činnostiach, napr. silné žiarenie, výbušniny, potápanie, parašutizmus, rýchlostné preteky, súkromné a športové lety, horolezectvo, poľovníctvo, jazda na motocykli a pod.? (ak áno, konkretizujte druh činnosti a ako často za rok sa činnosti venujete) ÁNO NIE ÁNO NIE
- 11) Ste pravák? *na túto otázku odpovedajte iba v prípade dojednaného poistenia trvalých následkov úrazu* ÁNO NIE ÁNO NIE

Ak ste na niektorú z otázok odpovedali „ÁNO“, uveďte, prosíme, číslo otázky a všetky podrobnosti podľa pokynov uvedených pri otázke.



A3LM5299061

OPRÁVNENÉ OSOBY

Priezvisko, meno alebo vzťah / obchodné meno	Rodné číslo / IČO	Percento
PRE <input checked="" type="checkbox"/> POISTENÚ OSOBU	(neuvádzať pri určení vzťahom)	
Právnická osoba		100%
		%
		%
		%
PRE <input checked="" type="checkbox"/> POISTENÚ OSOBU	(neuvádzať pri určení vzťahom)	
Hlaváč Robert	9005089555	100%
		%
		%
		%
PRE <input checked="" type="checkbox"/> POISTENÚ OSOBU	(neuvádzať pri určení vzťahom)	
Právnická osoba		100%
		%
		%
		%
PRE <input type="checkbox"/> POISTENÚ OSOBU	(neuvádzať pri určení vzťahom)	
		%
		%
		%
		%
PRE <input type="checkbox"/> POISTENÚ OSOBU	(neuvádzať pri určení vzťahom)	
		%
		%
		%
		%
PRE <input type="checkbox"/> POISTENÚ OSOBU	(neuvádzať pri určení vzťahom)	
		%
		%
		%
		%

V prípade, ak oprávnená osoba nie je určená, platia ustanovenia § 817 Občianskeho zákonníka.

Vyhlasenie k poisteniu UN1

Ako Poistená osoba, podpisom poistnej zmluvy, vyhlasujem, že k dátumu uzatvorenia poistenia nezamestnanosti a pracovného úrazu s následkom smrti je mojím zamestnávateľom:

Názov/Obchodné meno:

Sídlo/Adresa:

Ako Poistená osoba, podpisom poistnej zmluvy, vyhlasujem, že k dátumu uzatvorenia poistenia nezamestnanosti a pracovného úrazu s následkom smrti je mojím zamestnávateľom:

Názov/Obchodné meno:

Sídlo/Adresa:

Ako Poistená osoba, podpisom poistnej zmluvy, vyhlasujem, že k dátumu uzatvorenia poistenia nezamestnanosti a pracovného úrazu s následkom smrti je mojím zamestnávateľom:

Názov/Obchodné meno:

Sídlo/Adresa:

Ako Poistená osoba, podpisom poistnej zmluvy, vyhlasujem, že k dátumu uzatvorenia poistenia nezamestnanosti a pracovného úrazu s následkom smrti je mojím zamestnávateľom:

Názov/Obchodné meno:

Sídlo/Adresa:



INFORMÁCIE O POISTENÍ

Deň uzatvorenia poistnej zmluvy Začiatok poistenia (najskôr nasledujúci deň po dni uzatvorenia zmluvy)

. . . . Dynamika uzatvorených poistení áno Domáca tarifa

Bežné poistné Poistné obdobie (lehota platenia) ročné polročné štvrťročné mesačné

Spôsob platenia poistného

Prvé poistné poštovým peňažným poukazom bankovým prevodom z vkladového životného poistenia z inej poistnej zmluvy

Číslo PZ Číslo PZ

Ďalšie poistné poštovým peňažným poukazom bankovým prevodom z vkladového životného poistenia SEPA inkasom z účtu

Číslo PZ

V prípade výberu možnosti "SEPA inkasom z účtu" je potrebné doručiť poisťovateľovi vyplnený a podpísaný "Mandát na inkaso v SEPA".

Celkové bežné poistné za celú poistnú zmluvu

31,50

Poistné sumy a poistné sú uvedené v mene EUR. Poistné doby sú uvedené v rokoch.

* V poistnom za príslušné poistenie je zarátaná aj prirážka za zdravotné riziko.

- ¹⁾ Politicky exponovaná osoba v zmysle § 6 zákona č. 297/2008 Z. z. v znení neskorších predpisov.
- ²⁾ Sankcionovaná osoba je osoba, voči ktorej sú vykonávané medzinárodné sankcie v zmysle §2 písm. f) zákona č. 289/2016 Z. z. v znení neskorších predpisov.
- ³⁾ Poistná doba, poistná suma a poistné k tomuto poisteniu sa uvádzajú len raz. Poistenie sa dojednáva pre vybranú dvojicu poistovaných osôb.
- ⁴⁾ Pokles poistnej sumy v čase upravuje príslušný článok OPP pre tarifu R8.
- ⁵⁾ Limit poistnej sumy určujúci výšku poistného plnenia pri následkoch vybraných úrazov je uvedený v príslušnom ustanovení OPP pre tarifu 14UP.
- ⁶⁾ Poistné plnenie bude poskytnuté v súlade s príslušnými článkami Poistných podmienok pre tarifu BD2.
- ⁷⁾ Poistné plnenie bude poskytnuté v súlade s príslušnými článkami Poistných podmienok pre tarifu SMO.
- ⁸⁾ Poistné plnenie bude poskytnuté v súlade s príslušnými článkami Poistných podmienok pre tarifu SA1.
- ⁹⁾ Poistná doba je uvedená v príslušnom článku OPP pre tarifu PN1. Poistná doba sa predlžuje v súlade s príslušným článkom OPP pre tarifu PN1.
- ¹⁰⁾ Doba trvania poistenia, ak sa poistenie po uplynutí poistnej doby predlžuje v súlade s príslušným článkom OPP pre tarifu PN1.
- ¹¹⁾ Minimálna doba nepretržitého trvania pracovnej neschopnosti, ktorá je jednou z podmienok na to, aby poistenému vznikol nárok na poistné plnenie.
- ¹²⁾ Výšku poistného plnenia upravuje príslušný článok OPP pre tarifu IN2.
- ¹³⁾ Pokles poistnej sumy v čase upravuje príslušný článok OPP pre tarifu IN8.
- ¹⁴⁾ Poistné plnenie bude poskytnuté v súlade s príslušnými článkami OPP pre tarifu UN1.
- ¹⁵⁾ Poistná doba v tarifách 11UM, 12UM, 13UM, 14UM, 15UM, 15NM, ZN6, BM1, SMO a SA1 končí uplynutím dňa, ktorý predchádza výročnému dňu v kalendárnom roku, v ktorom poistené dieťa dovŕši vek 25 rokov.

Dohoda poisťovateľa, poisťníka a poistených osôb pre prípad úmrtia poisťníka a pre prípad úmrtia osoby poistenej poistením R0

Svojím podpisom na tejto poistnej zmluve poisťovateľ, poisťník a poistené osoby vyjadrujú súhlas s tým, že:

- a) v prípade úmrtia poisťníka vstupuje na jeho miesto v zmysle § 819 Občianskeho zákonníka tá poistená osoba, ktorá je ku dňu úmrtia poisťníka najstaršia zo všetkých poistených osôb na tejto poistnej zmluve.
- b) v prípade úmrtia osoby poistenej poistením R0 bude týmto poistením poistená tá poistená osoba, ktorej rok narodenia je rovnaký alebo vyšší, ako rok narodenia osoby, ktorá bola v rámci poistnej zmluvy ako prvá poistená poistením R0. Ak uvedenú podmienku spĺňa viacero poistených osôb, poistením R0 bude poistená najstaršia spomedzi týchto poistených osôb, ktorá zároveň spĺňa limit maximálneho vstupného veku 70 rokov.

Vyhlásenie poisťníka

Vyhlasujem, že mi boli poskytnuté informácie vyplývajúce z platných právnych predpisov upravujúcich ochranu osobných údajov. Uvedené informácie sú uvedené v poistných podmienkach ako aj na webovom sídle poisťovateľa. Beriem na vedomie, že mám právo požiadať poisťovateľa o poskytnutie týchto informácií v úplnom znení v tlačenej podobe. Pre prípad, že som uviedol osobné údaje inej osoby, zároveň potvrdzujem, že táto osoba mi udelila predchádzajúci písomný súhlas so spracúvaním svojich osobných údajov poisťovateľom na účely podľa platného zákona o poisťovníctve a som si vedomý toho, že som povinný preukázať poisťovateľovi kedykoľvek na jeho žiadosť, že disponujem uvedeným písomným súhlasom tejto osoby.

Súhlas s poskytnutím osobných údajov na marketingové účely:

Poisťník a poistený zaškrtnutím políčka súhlasu v tejto časti poistnej zmluvy dávajú poisťovateľovi dobrovoľný súhlas so spracúvaním svojich osobných údajov na účely marketingu, reklamy a komerčnej komunikácie vrátane zasielania korešpondencie poisťovateľa formou obyčajnej pošty, správy elektronickej pošty, formou služieb krátkych správ alebo iným obdobným spôsobom, a to v rozsahu: titul, meno, priezvisko, dátum narodenia, adresa, telefónne číslo, adresa elektronickej pošty a v prípade zmluvného vzťahu s poisťovateľom aj iné osobné údaje týkajúce sa zmluvného vzťahu s poisťovateľom, a to po dobu 3 rokov od poskytnutia súhlasu a v prípade zmluvného vzťahu s poisťovateľom, po dobu trvania zmluvného vzťahu a následne na obdobie 3 rokov po ukončení zmluvného vzťahu. Poisťník a poistený berú na vedomie, že súhlas môžu kedykoľvek odvolať, a to písomným oznámením zaslaným na adresu poisťovateľa alebo iným spôsobom uvedeným na webovom sídle poisťovateľa.

poisťník 1. poistená osoba 2. poistená osoba 3. poistená osoba 4. poistená osoba

5. poistená osoba 6. poistená osoba



A3LM5299083

Vyhlasujem, že finančné prostriedky, ktoré použijem na zaplatenie poistného podľa tejto poistnej zmluvy sú mojim vlastníctvom a uzatvorenie tejto poistnej zmluvy vykonávam na vlastný účet; ak sú finančné prostriedky vlastníctvom inej osoby alebo uzatvorenie poistnej zmluvy vykonávam na účet inej osoby, údaje o tejto osobe uvádzam v tejto poistnej zmluve a zároveň odovzdávam poisťovateľovi aj písomný súhlas tejto osoby na použitie jej finančných prostriedkov alebo na uzatvorenie tejto poistnej zmluvy na jej účet. Ak počas trvania poistenia dôjde k zvýšeniu poistného, zavazujem sa odovzdať poisťovateľovi bez zbytočného odkladu písomné vyhlásenie o vlastníctve finančných prostriedkov a pokiaľ budú finančné prostriedky vlastníctvom inej osoby, predložím aj písomný súhlas tejto osoby na ich použitie, spolu s osobnými údajmi o tejto osobe.

Vyhlasujem a svojím podpisom potvrdzujem, že som bol pred uzatvorením poistnej zmluvy oboznámený s obsahom a že som v písomnej forme prevzal informáciu o podmienkach uzatvorenia poistnej zmluvy - program Šťastný Život. Vyhlasujem a svojím podpisom potvrdzujem, že som bol pred uzatvorením poistnej zmluvy oboznámený s podmienkami poskytovania zľavy na poistnom, ktoré sú uvedené v Zmluvných dojednaniach pre program Šťastný Život a na webovom sídle poisťovateľa.

Vyhlasujem a svojím podpisom potvrdzujem, že v prípade uzatvorenia poistenia denného odškodného z dôvodu pracovnej neschopnosti s dvojnásobným plnením v prípade rakoviny som bol pred uzatvorením poistnej zmluvy oboznámený o výške poistného a jej zmenách počas predpokladanej doby trvania tohto poistenia.

Vyhlasujem a svojím podpisom potvrdzujem, že som bol oboznámený a zároveň som obdržal v písomnej forme údaje v zmysle ustanovenia § 792a zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov.

Zároveň beriem na vedomie a výslovne súhlasím s tým, aby poisťovateľ v lehote do dvoch mesiacov odo dňa uzatvorenia poistnej zmluvy upravil výšku poistného alebo poistnej sumy v tolerancii +/- 10 % oproti výške uvedenej v tejto poistnej zmluve v prípade štandardného ocenenia rizík na základe údajov uvedených v tejto poistnej zmluve.

Svojím podpisom na poistnej zmluve súhlasím s tým, aby mi poistné podmienky, ktoré sa vzťahujú na poistenie uzatvorené touto poistnou zmluvou, a sú vymenované v tejto poistnej zmluve v časti "Vyhlásenia poistníka a poisteného", poisťovateľ poskytol nasledovným spôsobom:

- v tlačenej podobe pri podpise tejto poistnej zmluvy
- sprístupnením na webovom sídle poisťovateľa www.allianzsp.sk vo formáte pdf, s možnosťou ich následného stiahnutia alebo tlače
- elektronicky na nasledovnú e - mailovú adresu poistníka

Svojím podpisom na poistnej zmluve potvrdzujem, že ak som si zvolil poskytnutie poistných podmienok "v tlačenej podobe pri podpise tejto poistnej zmluvy", poistné podmienky mi boli poisťovateľom pri podpise tejto poistnej zmluvy skutočne poskytnuté týmto spôsobom. Beriem na vedomie, že v prípade, ak neoznačím žiadnu z vyššie uvedených možností poskytnutia poistných podmienok, má sa za to, že som si zvolil poskytnutie poistných podmienok sprístupnením na webovom sídle poisťovateľa.

Elektronická korešpondencia (e-mail):

Uvedením svojho e-mailu v tejto poistnej zmluve poistník berie na vedomie, že poisťovateľ bude korešpondenciu týkajúcu sa tejto poistnej zmluvy zasielať na takto uvedený e-mail poistníka. Poistník je povinný oznámiť poisťovateľovi každú zmenu e-mailu. Uvedením e-mailu poistníka v poistnej zmluve nie je obmedzené právo poisťovateľa zaslať písomnosť určenú poistníkovi prostredníctvom pošty alebo kuriéra. Účinky doručenia a ďalšie podmienky, za ktorých sa bude uskutočňovať elektronická korešpondencia, sú uvedené vo Všeobecných podmienkach elektronickej korešpondencie a elektronickej komunikácie s Allianz – Slovenskou poisťovňou, a. s.

Elektronická korešpondencia na všetky poistné zmluvy:

Poistník označením políčka súhlasu vyjadruje súhlas s Elektronickou korešpondenciou na všetky svoje poistné zmluvy. Poistník berie na vedomie, že zánik poistenia podľa návrhu poistnej zmluvy, v ktorej je vyjadrený súhlas poistníka s Elektronickou korešpondenciou na všetky poistné zmluvy, nemá za následok zánik tohto súhlasu.

súhlas poistníka s Elektronickou korešpondenciou na všetky svoje poistné zmluvy

Dohoda o elektronickej komunikácii (e-mail, telefón, Allianz Konto):

Poistník označením políčka súhlasu a podpísaním tejto poistnej zmluvy vyjadruje súhlas s uzatvorením Dohody o elektronickej komunikácii (ďalej len „dohoda“). Na základe tejto dohody budú poistník a poisťovateľ vzájomnú komunikáciu týkajúcu sa všetkých poistných zmlúv poistníka (súčasných tak aj budúcich) uskutočňovať v elektronickej forme prostredníctvom nástrojov elektronickej komunikácie, ktorými sú Allianz Konto (web portál), Elektronická korešpondencia (e-mail) a Telekomunikačné zariadenia (telefón). Poistník berie na vedomie, že:

- vzájomnú Elektronickú korešpondenciu budú poistník a poisťovateľ realizovať prostredníctvom e-mailu (E-mail Klienta), ktorý poistník pre účely tejto dohody oznámil poisťovateľovi. Takto oznámený e-mail nahrádza na čas trvania tejto dohody e-mailu oznámené poisťovateľovi poistníkom pre všetky iné účely (napr. iné poistné zmluvy a likvidácia poistných udalostí),
- zánik poistenia podľa návrhu poistnej zmluvy, v ktorej tlačive sa nachádza táto dohoda, nemá za následok zánik tejto dohody,
- na komunikáciu po zániku poistenia podľa návrhu poistnej zmluvy, v ktorej tlačive sa nachádza táto dohoda, budú poisťovateľ a poistník naďalej používať e-mail a telefónne číslo oznámené poistníkom pri uzatváraní tejto dohody alebo neskôr aktualizované počas trvania tejto dohody,
- túto dohodu môže poistník kedykoľvek zrušiť, a to písomným oznámením zaslaným na adresu poisťovateľa alebo iným spôsobom uvedeným vo Všeobecných podmienkach elektronickej korešpondencie a elektronickej komunikácie s Allianz – Slovenskou poisťovňou, a. s.,
- zánik tejto dohody nemá vplyv na formu komunikácie dohodnutú alebo uvedenú pre iné poistné zmluvy alebo vzťahy poistníka a poisťovateľa.

Podmienky, za ktorých sa bude uskutočňovať elektronická komunikácia podľa tejto dohody, sú uvedené v aktuálnych Všeobecných podmienkach elektronickej korešpondencie a elektronickej komunikácie s Allianz – Slovenskou poisťovňou, a. s., ktoré tvoria prílohu tejto dohody. Poisťovateľ má právo tieto podmienky aktualizovať a meniť. O aktualizácii alebo o zmene je povinný poistníka vopred informovať a poskytnúť mu čas na zrušenie tejto dohody, inak aktualizácia alebo zmena nie je voči poistníkovi účinná.

súhlas poistníka s dohodou



Vyhlasenie poistnika a poisteného

Vyhlasujem, že som bol pred uzavretím poistnej zmluvy oboznámený s obsahom Všeobecných poistných podmienok pre poistenie osôb schválených 20.12.2019 (ďalej len "VPP"), Poistných podmienok (ďalej len "PP") pre životné poistenie schválených 01.12.2015, PP pre úrazové poistenie schválených 25.05.2018, PP pre poistenie nezamestnanosti schválených 15.03.2017, PP pre poistenie denného odškodného z dôvodu pracovnej neschopnosti schválených 01.12.2017, PP pre poistenie chirurgického zákroku schválených 19.01.2015, PP pre poistenie kritických chorôb schválených 14.10.2011, PP pre poistenie pobytu v nemocnici schválených 15.11.2012, PP pre poistenie oslobodenia od platenia poistného schválených 19.01.2015, PP pre poistenie Doktor+ schválených 01.06.2016, PP pre poistenie Telefonická odborná poradaňa (TOP) schválených 01.06.2016, PP pre poistenie Služba Asistent (SA1) schválených 01.06.2016, PP pre poistenie Allianz Best Doctors schválených 01.12.2017, PP pre poistenie invalidity schválených 13.04.2017, PP pre poistenie pracovnej neschopnosti schválených 19.01.2015, OPP pre rizikové životné poistenie pre prípad smrti s fixnou poistnou sumou (R0) schválených 01.06.2016, OPP pre rizikové životné poistenie (R3) schválených 01.06.2016, OPP pre rizikové životné poistenie s meniacou sa poistnou sumou pri neúrazovej smrti a s konštantnou poistnou sumou pri úrazovej smrti (R5) schválených 01.06.2016, OPP pre rizikové životné poistenie pre prípad smrti pre dvojicu osôb (R7) schválených 01.06.2016, OPP pre rizikové životné poistenie s klesajúcou poistnou sumou (R8) schválených 02.10.2017, OPP pre poistenie trvalých následkov úrazu bez progresie (12UP) schválených 01.06.2016, OPP pre poistenie trvalých následkov úrazu s progresiou (13UP) schválených 25.05.2018, OPP pre poistenie denného odškodného počas nevyhnutného liečenia následkov úrazu (14UP) schválených 01.06.2016, OPP pre poistenie denného odškodného pri pobyte v nemocnici z dôvodu úrazu (15UP) schválených 25.05.2018, OPP pre poistenie smrti následkom úrazu s dvojnásobným plnením pre účastníka dopravnej nehody (16UP) schválených 01.06.2016, OPP pre poistenie invalidity následkom úrazu (20UP) schválených 01.12.2017, OPP pre poistenie denného odškodného pri pobyte v nemocnici z dôvodu choroby (15ND) schválených 01.06.2016, OPP pre poistenie chirurgického zákroku (B1) schválených 25.05.2018, OPP pre poistenie kritických chorôb (1ZN) schválených 25.05.2018, OPP pre poistenie denného odškodného z dôvodu pracovnej neschopnosti s dvojnásobným plnením v prípade rakoviny (PN1) schválených 15.01.2018, OPP pre poistenie nezamestnanosti a pracovného úrazu s následkom smrti (UN1) schválených 15.03.2017, OPP pre poistenie dočasného dôchodku v prípade invalidity (IN1) schválených 01.12.2017, OPP pre poistenie jednorazovej výplaty v prípade invalidity (IN2) schválených 01.12.2017, OPP pre poistenie invalidity s klesajúcou poistnou sumou (IN8) schválených 01.12.2017, OPP pre poistenie náhrady poistného pri dlhodobej pracovnej neschopnosti (NP1) schválených 01.06.2016, OPP pre poistenie oslobodenia od platenia poistného v prípade invalidity (OP3) schválených 01.12.2017, OPP pre poistenie smrti dieťaťa následkom úrazu (11UM) schválených 01.10.2015, OPP pre poistenie trvalých následkov úrazu dieťaťa bez progresie (12UM) schválených 01.06.2016, OPP pre poistenie trvalých následkov úrazu dieťaťa s progresiou (13UM) schválených 25.05.2018, OPP pre poistenie denného odškodného počas nevyhnutného liečenia následkov úrazu dieťaťa (14UM) schválených 01.06.2016, OPP pre poistenie denného odškodného pri pobyte v nemocnici z dôvodu úrazu dieťaťa (15UM) schválených 25.05.2018, OPP pre poistenie denného odškodného pri pobyte v nemocnici z dôvodu choroby (15NM) schválených 01.06.2016, OPP pre poistenie kritických chorôb dieťaťa (ZN6) schválených 13.01.2017, OPP pre poistenie chirurgického zákroku dieťaťa (BM1) schválených 25.05.2018 a Zmluvnými dojednaniaми pre program Štátny Život, schválených 01.12.2017 (ďalej spoločne len "poistné podmienky").

Vyhlasujem, že všetky moje odpovede na písomné otázky poisťovateľa týkajúce sa poistenia a zdravotného stavu sú úplné a pravdivé.

Vyhlasujem, že súhlasím s tým, aby poisťovateľ zisťoval a prešetroval môj zdravotný stav u všetkých lekárov, v zdravotníckych zariadeniach a v zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť, v ktorých som sa liečil, liečim sa alebo sa budem liečiť. Splnomocňujem lekára, zdravotnícke zariadenia a zariadenia poskytujúce zdravotnú starostlivosť k vyhotoveniu lekárskej správy, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, či jej zapožičaniu za účelom prípadných zmien poistnej zmluvy a za účelom vybavovania poistných udalostí i na dobu po mojej smrti. Zároveň zbavujem povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči poisťovateľovi všetkých lekárov, ktorí ma liečia, liečili ma alebo ma budú liečiť, alebo s ktorými konzultujem, konzultoval som alebo budem konzultovať svoj zdravotný stav. V súvislosti s uzatvorením poistenia nezamestnanosti a pracovného úrazu s následkom smrti vyhlasujem, že súhlasím s tým, aby poisťovateľ zisťoval a prešetroval dôležité skutočnosti, týkajúce sa pracovného úrazu a splnomocňujem všetky orgány činné v konaní o pracovnom úraze k vyhotoveniu dokumentácie za účelom vybavovania poistnej udalosti aj na dobu po mojej smrti. Zároveň zbavujem povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči poisťovateľovi všetky orgány činné v konaní o pracovnom úraze. Ako poistený v poistení nezamestnanosti a pracovného úrazu s následkom smrti, svojím podpisom na poistnej zmluve vyhlasujem, že k dátumu uzatvorenia tohto poistenia sú súčasne splnené všetky nasledovné podmienky:

- môj pracovný pomer alebo obdobný pracovnoprávny vzťah sa riadi všeobecne záväzným právnym predpisom Slovenskej republiky a zamestnávateľ má sídlo na území Slovenskej republiky,
- mám trvalý pobyt alebo povolenie na prechodný, trvalý alebo dlhodobý pobyt na území Slovenskej republiky,
- môj pracovný pomer alebo obdobný pracovnoprávny vzťah trvá najmenej 12 bezprostredne po sebe idúcich mesiacov, je uzatvorený na dobu neurčitú a nie som v skúšobnej dobe,
- môj týždenný pracovný čas je najmenej 30 hodín,
- nedal som a ani mi nebola daná výpoveď z pracovného pomeru alebo obdobného pracovnoprávneho vzťahu,
- neskončil som so zamestnávateľom pracovný pomer alebo obdobný pracovnoprávny vzťah okamžitým skončením,
- neobdržal som od zamestnávateľa a ani som nezaslal zamestnávateľovi návrh na skončenie pracovného pomeru alebo obdobného pracovnoprávneho vzťahu dohodou,
- nebolo mi doručené odvolanie zo štátnozamestnaneckého pomeru alebo služobného pomeru,
- nepodal som žiadosť o skončenie štátnozamestnaneckého pomeru alebo služobného pomeru,
- nemám vedomosť o tom, že patríam do okruhu osôb, s ktorými by mohol byť skončený pracovný pomer podľa § 63 ods. 1 písm. a) až c) Zákonníka práce,
- nevykonávam podnikateľskú činnosť a nie som jediným členom štatutárneho orgánu alebo dozornej rady obchodnej spoločnosti,
- nie som zamestnancom v obchodnej spoločnosti, kde jediným členom štatutárneho orgánu alebo dozornej rady sú mne blízke osoby v zmysle § 116 Občianskeho zákonníka,
- nepoberám materské a ani nie som na rodičovskej dovolenke,
- nepoberám starobný dôchodok,
- nepoberám invalidný dôchodok,
- nie som poverený výkonom verejnej funkcie.

Týmto beriem na vedomie a výslovne súhlasím s tým, že poisťovateľ pri vzniku poistnej udalosti má právo na vyžiadanie potvrdenia posledného zamestnávateľa o výške vymeriavacích základov na účely nároku na dávku v nezamestnanosti za účelom úpravy poistného plnenia tak, aby výška mesačnej dávky neprevýšila 75 % priemerného mesačného vymeriavacieho základu poistenia v nezamestnanosti Sociálnej poisťovne.

V prípade uzatvorenia poistenia Allianz Best Doctors ako poistený v poistení Allianz Best Doctors vyhlasujem a svojím podpisom na poistnej zmluve potvrdzujem, že k dátumu uzatvorenia tohto poistenia splňam podmienku trvalého pobytu v Slovenskej republike.

V prípade uzatvorenia poistenia denného odškodného pri pobyte v nemocnici z dôvodu choroby (15ND) ako poistený v tomto poistení vyhlasujem a svojím podpisom na poistnej zmluve potvrdzujem, že k dátumu uzatvorenia tohto poistenia mám trvalý pobyt, prechodný pobyt, resp. povolenie na takýto pobyt na území Slovenskej republiky. V prípade, ak je toto vyhlásenie nepravdivé, beriem na vedomie, že toto poistenie nevzniklo.

V prípade uzatvorenia poistenia Doktor+, ako poistený v poistení Doktor+ vyhlasujem a svojím podpisom na poistnej zmluve potvrdzujem, že k dátumu uzatvorenia tohto poistenia nie som invalidný dôchodca s poklesom schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 70 % a nie som žiadateľom o invalidný dôchodok.

V prípade uzatvorenia poistenia denného odškodného z dôvodu pracovnej neschopnosti s dvojnásobným plnením v prípade rakoviny, ako poistený v tomto poistení vyhlasujem a svojím podpisom na poistnej zmluve potvrdzujem, že k dátumu uzatvorenia tohto poistenia mám príjem zo



závislej činnosti uvedený v § 5 zákona o dani z príjmov (ak som zamestnanec alebo osoba v obdobnom pracovnoprávnom vzťahu) alebo príjem z podnikania a z inej samostatnej zárobkovej činnosti uvedený v § 6 zákona o dani z príjmov (ak som podnikateľ); môj pracovný pomer alebo obdobný pracovnoprávny vzťah sa riadi všeobecne záväzným právnym predpisom Slovenskej republiky a zamestnávateľ alebo organizačná zložka zamestnávateľa má sídlo na území Slovenskej republiky; som poistený nemocenským poistením alebo nemocenským zabezpečením podľa všeobecne záväzných právnych predpisov Slovenskej republiky; nie som zamestnancom pracujúcim na základe dohôd o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru; nedal som a ani mi nebola daná výpoveď z pracovného pomeru alebo nebol som prepustený z obdobného pracovnoprávneho vzťahu; neskončil som so zamestnávateľom pracovný pomer alebo obdobný pracovnoprávny vzťah okamžitým skončením; neobdržal som od zamestnávateľa a ani som nezaslal zamestnávateľovi návrh na skončenie pracovného pomeru dohodou alebo nepožiadal o uvoľnenie z obdobného pracovnoprávneho vzťahu; nie som študentom, žiakom, osobou v domácnosti, nezamestnanou osobou; vážnym; samostatne zárobkovou činnou osobou, ktorá neplatí povinné ani dobrovoľné nemocenské poistenie do Sociálnej poisťovne; nepoberám materské a ani nie som na rodičovskej dovolenke; nepoberám starobný dôchodok alebo výsluhový dôchodok, invalidný dôchodok alebo invalidný výsluhový dôchodok; nepoberám výlučne opatrovateľský príspevok od štátu alebo obce; nie som príslušníkom Hasičského a záchranného zboru, príslušníkom Horskej záchranej služby, príslušníkom Slovenskej informačnej služby, príslušníkom Národného bezpečnostného úradu, príslušníkom Zboru väzenskej a justičnej stráže, ani ozbrojeným príslušníkom finančnej správy. Ak som študent, žiak, osoba v domácnosti, osoba poberajúca materské, osoba na rodičovskej dovolenke, osoba poberajúca starobný dôchodok alebo osoba poberajúca výsluhový dôchodok a mám súčasne príjem podľa § 5 alebo § 6 zákona o dani z príjmov, beriem na vedomie, že sa na účely poistenia denného odškodného z dôvodu pracovnej neschopnosti s dvojnásobným plnením v prípade rakoviny považujem za poistiteľnú osobu.

Svojím podpisom na poistnej zmluve dávam poisťovateľovi súhlas s vyhotovovaním a následným archivovaním zvukových záznamov telefonických hovorov uskutočnených medzi mnou a poisťovateľom v súvislosti s poistením podľa poistnej zmluvy, a to na technických prostriedkoch umožňujúcich ich zachytenie, zachovanie a reprodukciu. Svojím podpisom na poistnej zmluve dávam poisťovateľovi súhlas s tým, aby poisťovateľ použil tieto záznamy a ich kópie pri uplatňovaní práv a povinností z tejto poistnej zmluvy. Poisťovateľ je oprávnený uchovať tieto záznamy až do vysporiadania všetkých práv a povinností súvisiacich s poistením podľa poistnej zmluvy. Poisťovateľ bude tieto záznamy počas doby ich uchovania chrániť pred neoprávneným prístupom tretích osôb.

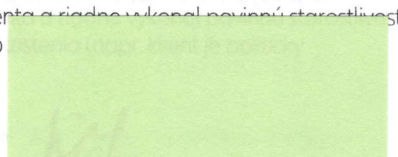
Vyhlasujem, že nie som osobou s osobitným vzťahom k poisťovateľovi v zmysle platného zákona o poisťovníctve. V prípade, ak je toto vyhlásenie nepravdivé, beriem na vedomie, že táto poistná zmluva je v zmysle § 71 ods. 1 platného zákona o poisťovníctve od počiatku neplatná. Svojím podpisom potvrdzujem pravdivosť vyhlásenia, že ak v záhlaví poistnej zmluvy nie je uvedené daňové identifikačné číslo, toto číslo mi nebolo pridelené.

NutriFit program

Osoba poistená poistením 1ZN zaškrtnutím políčka súhlasu v tejto časti poistnej zmluvy vyjadruje súhlas tým, že v prípade splnenia podmienok uvedených vo verejnom príslube poisťovateľa k NutriFit programu je poistenie 1ZN rozšírené o NutriFit program. NutriFit program poskytuje spoločnosť genEplanet d.o.o., so sídlom Cesta na Poljane 24, 1000 Ljubljana, Slovinsko, IČO: 3277062000 (ďalej len „genEplanet“). Bližšie informácie o NutriFit programe sú uvedené na webovom sídle poisťovateľa. Za účelom zabezpečenia inicializačnej komunikácie spoločnosti genEplanet s poistenými osobami pre účely poskytnutia NutriFit programu a jeho ďalšej realizácie poveril poisťovateľ spoločnosť genEplanet spracúvaním nasledujúcich osobných údajov poistených osôb, ktoré vyjadrili súhlas s rozšírením poistenia 1ZN o NutriFit program: meno, priezvisko, dátum narodenia, korešpondenčná adresa, e-mail, telefónne číslo a číslo poistnej zmluvy s uzatvoreným poistením 1ZN.

Súhlas s rozšírením poistenia 1ZN o NutriFit program: 1. poistená osoba 2. poistená osoba 3. poistená osoba
4. poistená osoba 5. poistená osoba 6. poistená osoba

Vyhlásenie finančného agenta

Vyhlasujem, že som osvedčil totožnosť klienta podľa dokladu totožnosti, vykonal a overil identifikáciu klienta a riadne vykonal povinnú starostlivosť vo vzťahu k klientovi podľa § 10 ods. 1 písm. a) zákona č. 17/2008 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Klient je pozitívneho vzťahu k poisťovníctvu a súhlasí s uvedenými podmienkami. Podpis finančného agenta: 

Podpis 1/ poistenej osoby alebo jej zákonného zástupcu, ak sú iní ako poistník

Podpis 2. poistenej osoby alebo jej zákonného zástupcu, ak je iný ako poistník alebo 1. poistená osoba

Podpis 3. poistenej osoby alebo jej zákonného zástupcu, ak je iný ako poistník alebo 1. poistená osoba

Podpis 4. poistenej osoby alebo jej zákonného zástupcu, ak je iný ako poistník alebo 1. poistená osoba

Podpis 5. poistenej osoby alebo jej zákonného zástupcu, ak je iný ako poistník alebo 1. poistená osoba

Podpis 6. poistenej osoby alebo jej zákonného zástupcu, ak je iný ako poistník alebo 1. poistená osoba

Podpis finančného agenta zastupujúceho poisťovateľa (odtlačok pečiatky)

Získateľské číslo finančného agenta 1

00070390

Priezvisko a meno/obchodné meno

Nikoleta Podracká

MA číslo spolupracovníka

Priezvisko a meno spolupracovníka

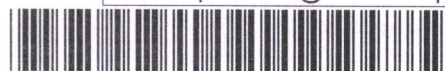
Podracká Nikoleta

Telefón

+421902217069

Získateľské číslo finančného agenta 2

E-mail nikoleta.podracka@os.allianzsp.sk



Allianz - Slovenská poisťovňa, a.s.

úhrada dňa
27.07.2020

Vec: Príkaz k úhrade prvého poistného k poistnej zmluve č.: **9810354559**

Vážený klient,

ďakujeme Vám za dôveru, ktorú ste nám preukázali uzatvorením poistenia **Š astný život** v našej spoločnosti Allianz - Slovenská poisťovňa, a. s., ktorá je lídrom na slovenskom poistnom trhu a je zárukou finančnej sily, profesionality a tradície.

Dovoľujeme si Vás požiadať, aby ste návrh poistenia, ktorý ste práve dostali, starostlivo uschovali, keďže podpisom oboch zmluvných strán sa stáva poistnou zmluvou. V návrhu poistnej zmluvy nájdete údaje finančného agenta, ktorý je kontaktnou osobou pri riešení Vašich požiadaviek týkajúcich sa uzatvoreného poistenia.

K úhrade prvého poistného prosím použite nasledovnú platobnú inštrukciu:

Banka: Tatra banka, a. s.
IBAN: SK5311000000002620006701
Variabilný symbol: 9810354559
Poistné: 31,50 EUR

Ďakujeme za prejavenu dôveru.

S pozdravom

Allianz - Slovenská poisťovňa, a.s.

Príkaz k úhrade

Banke		Pobočke		Dátum splatnosti			
Bankové spojenie							
IBAN - číslo účtu platiteľa		BIC - kód banky platiteľa					
IBAN - číslo účtu príjemcu		BIC - kód banky príjemcu		Mena	Symbol		
SK5311000000002620006701		TATRSKBX		Čiastka EUR	Variabilný	Konštantný	Špecifický
31,50 EUR				9810354559	3558		
Doplnujúce údaje banky				Údaje pre vnútornú potrebu príkazcu			