

Predbežné číslo poisťnej zmluvy:

ID - kód
nevpisovať



* 9 9 6 3 3 7 1 4 5 9 *

Allianz 
Slovenská poisťovňa

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

POISŤNÍK

Rodné číslo / IČO	Vstupný vek	Štátna príslušnosť	Telefón	Titul pred menom
006421912	rokov			
Priezvisko / obchodné meno	Meno	Titul za menom		
OBEC KUNERAD				
Adresa trvalého pobytu / sídla poisťníka / miesta podnikania (ak ide o fyzickú osobu podnikateľa)				
Ulica, súp. / or. číslo	Obec, PSČ	Heslo (minimálne 6 znakov)		
KUNERAD 60	KUNERAD 0813			
E-mail pre elektronickú korešpondenciu		PEO ¹⁾ (vyplniť v prípade, ak je poisťník PEO)		
	@			
Druh dokladu totožnosti	číslo dokladu totožnosti	Zamestnanie		
Kontaktná adresa (vyplniť iba v prípade, ak je iná ako vyššie uvedená)				
Ulica, súp. / or. číslo	Obec, PSČ			

1. POISTENÁ OSOBA totožná s poisťníkom (ak je totožná, nie je potrebné časť 1. poistená osoba vyplňať)

Rodné číslo	Vstupný vek	Štátna príslušnosť	Telefón	Titul pred menom
	rokov			
Priezvisko	Meno	Titul za menom		
Adresa trvalého pobytu				
Ulica, súp. / or. číslo	Obec, PSČ	Heslo (minimálne 6 znakov)		
E-mail pre elektronickú korešpondenciu		PEO ¹⁾ (vyplniť v prípade, ak je poistený PEO)		
	@			
Druh dokladu totožnosti	číslo dokladu totožnosti	Zamestnanie		
Kontaktná adresa (vyplniť iba v prípade, ak je iná ako vyššie uvedená)				
Ulica, súp. / or. číslo	Obec, PSČ			

2. POISTENÁ OSOBA

Rodné číslo	Vstupný vek	Štátna príslušnosť	Telefón	Titul pred menom
	rokov	SVK		
Priezvisko	Meno	Titul za menom		
SVITEK	MICSLAV			
Adresa trvalého pobytu				
Ulica, súp. / or. číslo	Obec, PSČ	Heslo (minimálne 6 znakov)		
KUNERAD	KUNERAD 0813			
E-mail pre elektronickú korešpondenciu		PEO ¹⁾ (vyplniť v prípade, ak je poistený PEO)		
	@			
Druh dokladu totožnosti	číslo dokladu totožnosti	Zamestnanie		
		3-20 VOJENSKA SLUŽBA		
Kontaktná adresa (vyplniť iba v prípade, ak je iná ako vyššie uvedená)				
Ulica, súp. / or. číslo	Obec, PSČ			
KUNERAD 60	KUNERAD 0813			



F 3 L M 5 3 0 0 0 1 1

PRE 1. POISTENÚ OSOBUVýška cm Hmotnosť kg

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

PRE 2. POISTENÚ OSOBUVýška 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 type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Ste v súčasnej dobe práceneschopný? (ak áno, uveďte jej dôvod a dátum odkedy) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input 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 type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input 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 type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Máte v najbližších 6 mesiacoch plánovanú akúkoľvek operáciu? (ak áno, uveďte dôvod, diagnózu, dátum, nemocnicu) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Užívate pravidelne lieky? (ak áno, uveďte názov lieku, odkedy, ako často) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input 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 type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) Športujete? (ak áno, uveďte šport a spôsob vykonávania - rekreačne, amatérsky, profesionálne, ak v súťažiach, uveďte druh súťaže) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input 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 a pod.? (ak áno, konkretizujte druh činnosti a ako často za rok sa činnosti venujete) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11) Ste právák? <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.



PRE 3. POISTENÚ OSOBU - DIEŤA

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

PRE 4. POISTENÚ OSOBU - DIEŤA

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

3. Poistená osoba **4. Poistená osoba**

ANO/NIE ANO/NIE

- 1) Má poistené dieťa zdravotne problémy, je alebo bolo v posledných 10-tich rokoch sledované alebo liečené? Má dieťa vrodené alebo dedičné ochorenie, telesný hendikep alebo malo v posledných 10-tich rokoch diagnostikované ochorenie srdca, obličiek, pečene, tráviaceho traktu, pohybového aparátu, cukrovku, epilepsiu, nádorové ochorenie, cysty, krvácanie do mozgu alebo iné chronické ochorenie? (ak ste na niektorú z predchádzajúcich otázok odpovedali áno, uveďte, prosíme, podrobnosti, aké ochorenie/príznaky/odkedy a súčasny stav)
- 2) Utrpelo dieťa úraz, ktorý zanechal trvalé následky, alebo v posledných troch rokoch akýkoľvek úraz? (ak áno, uveďte aký úraz, kedy, dĺžku a spôsob liečby, následky úrazu)
- 3) Užíva dieťa pravidelne lieky? (ak áno, uveďte názov lieku, odkedy, ako často)
- 4) Je poistené dieťa pravak? (na túto otázku odpovedajte iba ešte nie je alebo možne urgii

Ak ste na niektorú z otázok odpovedali ANO, uveďte, prosíme, číslo otázky a všetky podrobnosti podľa pokynov uvedených pri otázke. V prípade, ak bolo dieťa hospitalizované resp. je sledované odborným lekárom, doložte fotokópiu lekárskej správy, ak ju máte k dispozícii.

[Empty box for providing details for 'ANO' answers]

OPRÁVNENÉ OSOBY

INFORMÁCIE O POISTENÍ

00 11 20 16 01 12 20 16

Bezpečnosť

Spôsob platby poistného: bankovým z vkladového zivotného číslo PZ: _____

Revé poistenie: z inej poistnej zmluvy číslo PZ: _____

Dalšie poistenie: bankovým z vkladového zivotného číslo PZ: _____

Celkové bezné poistenie za celú poistnú zmluvu: _____

Poistné sumy a podmienky uvedené v mne EDR. Poistné doby sú uvedené v rokoch.



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

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

- 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.
- v prípade úmrtia osoby poistenej poistením RO 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 RO. Ak uvedenú podmienku spĺňa viacero poistených osôb, poistením RO bude poistená najstaršia spomedzi týchto poistených osôb, ktorá zároveň spĺňa limit maximálneho vstupného veku 70 rokov.

Vyhlasenie poisťníka

Ak som uviedol osobné údaje inej osoby, vyhlasujem, že disponujem jej predchádzajúcim písomným súhlasom so spracúvaním jej osobných údajov na účely tejto poistnej zmluvy. 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 uzavretia 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 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.

Vyhlasenie finančného agenta

Vyhlasujem, že som osvedčil totožnosť klienta podľa dokladu totožnosti a vykonal a overil identifikáciu podľa zákona č. 297 / 2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu v znení neskorších predpisov.

Vyhlasenia, súhlasy a potvrdenia poisťníka a poistených osôb uvedené na rubovej strane tejto zmluvy tvoria jej neoddeliteľnú súčasť a majú rovnaké právne účinky ako ustanovenia obsiahnuté pred časťou poistnej zmluvy určenej na podpisy. Ak dôjde pri vyplňaní poistnej zmluvy k oprave, platné údaje musia byť potvrdené podpisom poisťníka. Poistenia sa považujú za dojednané len v prípade, že je vyplnená poistná suma, poistná doba a poistné uvedené pri jednotlivých poisteniach. Táto poistná zmluva je vyhotovená v troch rovnopisoch; jeden pre poisťovateľa, jeden pre poisťníka a jeden pre fin;

.....
Podpis poisťníka

.....
Podpis 1. poistenej osoby
alebo jej zákonného zástupcu,
ak sú iní ako poisťník

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

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

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

.....
Podpis finančného agenta
zastupujúceho poisťovateľa
(odtlačok pečiatky)

Získateľské číslo finančného agenta 1
Priezvisko a meno / obchodné meno
Poistné plátcovo je definované v čl. 5. PP pre ROP
.....

MA číslo spolupracovníka
Priezvisko a meno spolupracovníka
.....

Telefón
Získateľské číslo finančného agenta 2
.....

.....

