



## FLEXI ŽIVOT PLUS

**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 - 1. POISTENÁ OSOBA

Rodné číslo / IČO	Štátna príslušnosť	Vstupný vek	Telefón	Titul pred menom
<input type="text" value="00648892"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> rokov	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Priezvisko / obchodné meno	Meno		Titul za menom	
<input type="text" value="OBEC KUNERAD"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<b>Adresa trvalého pobytu / sídla poisťníka / miesta podnikania (ak ide o fyzickú osobu podnikateľa)</b>				
Ulica, súp. / or. číslo		Obec, PSČ		
<input type="text" value="KUNERAD"/>		<input type="text" value="KUNERAD, 01313"/>		
E-mail pre elektronickú korešpondenciu	<input type="text"/>	@	<input type="text"/>	Heslo <input type="text"/>
Druh dokladu totožnosti	<input type="text"/>	Číslo dokladu totožnosti	<input type="text"/>	PEO* (vyplniť v prípade, ak je poisťník PEO) <input type="checkbox"/>
Zamestnanie	<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"/>

### 2. POISTENÁ OSOBA

Rodné číslo	Štátna príslušnosť	Vstupný vek	Telefón	Titul pred menom
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> rokov	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Priezvisko	Meno		Titul za menom	
<input type="text" value="HORNIKOVA"/>	<input type="text" value="ALENA"/>		<input type="text"/>	
<b>Adresa trvalého pobytu</b>				
Ulica, súp. / or. číslo		Obec, PSČ		
<input type="text" value="KUNERAD"/>		<input type="text" value="KUNERAD"/>		
E-mail pre elektronickú korešpondenciu	<input type="text"/>	@	<input type="text"/>	Heslo <input type="text"/>
Druh dokladu totožnosti	<input type="text"/>	Číslo dokladu totožnosti	<input type="text"/>	PEO* (vyplniť v prípade, ak je poistený PEO) <input type="checkbox"/>
Zamestnanie	<input type="text" value="DOBROVOLNICA SLOVENSKO"/>			

**Kontaktná adresa** (vyplniť iba v prípade, ak je iná ako vyššie uvedená)

Ulica, súp. / or. číslo	Obec, PSČ
<input type="text"/>	<input type="text"/>

\* Politicky exponovaná osoba v zmysle § 6 zákona č. 297/2008 Z. z. v znení neskorších predpisov.



OPRAVNENÉ OSOBY | Priezvisko, meno (obchodné meno), rodné číslo (IČO) alebo vzťah | poistenému a príslušné percento |

## PRE 1. POISTENÚ OSOBU

Priezvisko, meno alebo vzťah / obchodné meno

Rodné číslo / IČO

(neuvádzať pri určení vzťahom)

Percento

 % % %

## PRE 2. POISTENÚ OSOBU

Priezvisko, meno alebo vzťah / obchodné meno

Rodné číslo / IČO

(neuvádzať pri určení vzťahom)

Percento

 % % %

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

## INFORMÁCIE O POISTENÍ

Deň uzavretia poistnej zmluvy

Začiatok poistenia (najsôr nasledujúci deň po dni uzavretia zmluvy)

Bežné poistné

Poistné obdobie (lehota platenia)

ročné  polročné  štvrtročné  mesačné 

Dynamika dojednaných poistení

áno 

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 Číslo PZ 

## POISTENIA PRE 1. POISTENÚ OSOBU - POISTNÍKA

Poistná doba

v rokoch

Poistná suma

Bežné poistné

 Rizikové životné poistenie (R3) Rizikové životné poistenie s klesajúcou poistnou sumou (R4)

V prípade poistnej udalosti bude pri tarife R4 vyplatená poistná suma v súlade s príslušným článkom Osobitných poistných podmienok (ďalej len "OPP") pre rizikové životné poistenie s klesajúcou poistnou sumou (R4).

Riziková skupina  Prirážka  Poistenie smrti následkom úrazu (11UP) Poistenie trvalých následkov úrazu bez progresie (12UP) Poistenie trvalých následkov úrazu s progresiou (13UP) Poistenie denného odškodného počas nevyhnutného liečenia následkov úrazu (14UP)

\* Pre výpočet poistného plnenia za dobu nevyhnutného liečenia vybraných následkov úrazu sa dojednáva limit poistnej sumy uvedený v príslušnom ustanovení OPP pre poistenie denného odškodného počas nevyhnutného liečenia následkov úrazu (14UP).



	Poistná doba v rokoch	Poistná suma (Ročný dôchodok <sup>1)</sup> , Denná dávka <sup>2)</sup> , Mesačná dávka <sup>3)</sup>	Bežné poistné
<input type="checkbox"/> Poistenie denného odškodného pri pobyte v nemocnici z dôvodu úrazu (15UP)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Poistenie smrti následkom úrazu s dvojnásobným plnením pre účastníka dopravnej nehody (16UP)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Poistenie invalidity následkom úrazu (20UP)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Poistenie denného odškodného pri pobyte v nemocnici z dôvodu choroby (15ND)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Poistenie kritických chorôb (1ZN)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Poistenie Allianz Best Doctors (BD2)	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>

V prípade poistnej udalosti bude pri tarife BD2 poskytnuté poistné plnenie v súlade s príslušnými článkami Poistných podmienok pre poistenie Allianz Best Doctors.

Riziková skupina <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Poistenie dočasného dôchodku v prípade invalidity (IN1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Poistenie jednorazovej výplaty v prípade invalidity (IN2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Poistenie ušlého zárobku pri pracovnej neschopnosti (UZ1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Plnenie od 15. dňa PN <input type="checkbox"/> Plnenie od 29. dňa PN		<input type="checkbox"/> Podnikateľ <input type="checkbox"/> Zamestnanec	

Riziková skupina <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Poistenie chirurgického zákroku (B1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Región <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Poistenie nezamestnanosti a pracovného úrazu s následkom smrti (UN1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

V prípade poistnej udalosti bude pri tarife UN1 poskytnuté poistné plnenie v súlade s príslušnými článkami OPP pre poistenie nezamestnanosti a pracovného úrazu s následkom smrti (UN1).

<input type="checkbox"/> Poistenie Doktor+ (SMO)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--	----------------------	----------------------	----------------------

V prípade poistnej udalosti bude pri tarife SMO poskytnuté poistné plnenie v súlade s príslušnými článkami Poistných podmienok pre poistenie Doktor+. Pri poistení Doktor+ poistnú udalosť so žiadosťou o poskytnutie poistného plnenia formou sprostredkovania kontaktu a požiadavku o Informačné služby hlási poistený priamo Poskytovateľovi na telefónnom čísle: 02/52933114.

<input type="checkbox"/> Poistenie oslobodenia od platenia poistného v prípade invalidity (OP3)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---	----------------------	----------------------	----------------------

\* Poistná suma (OP3) je súčet bežného poistného za všetky dojednané poistenia, všetky poistené osoby, okrem 20UP, UZ1, IN1, IN2, B1, UN1, SMO, NP1 a okrem OP3 pre 2. poistenú osobu.

<input type="checkbox"/> Poistenie náhrady poistného pri dlhodobej pracovnej neschopnosti (NP1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---	----------------------	----------------------	----------------------

\* Poistná suma (NP1) je súčet bežného poistného za všetky dojednané poistenia, za všetky poistené osoby, okrem NP1 pre 2. poistenú osobu.



	Poistná doba v rokoch	Poistná suma (Ročný dôchodok <sup>1)</sup> , Denná dávka <sup>2)</sup> , Mesačná dávka <sup>3)</sup> )	Bežné poistné
<b>POISTENIA PRE 2. POISTENÚ OSOBU</b>			
<input type="checkbox"/> Rizikové životné poistenie (R3)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Rizikové životné poistenie s klesajúcou poistnou sumou (R4)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
V prípade poistnej udalosti bude pri tarife R4 vyplatená poistná suma v súlade s príslušným článkom OPP pre rizikové životné poistenie s klesajúcou poistnou sumou (R4).			
Riziková skupina <input type="checkbox"/>	Prirážka <input type="text"/>		
<input checked="" type="checkbox"/> Poistenie smrti následkom úrazu (11UP)	1	5000,-	2,10
<input checked="" type="checkbox"/> Poistenie trvalých následkov úrazu bez progresie (12UP)	1	5000,-	9,10
<input type="checkbox"/> Poistenie trvalých následkov úrazu s progresiou (13UP)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Poistenie denného odškodného počas nevyhnutného liečenia následkov úrazu (14UP)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* Pre výpočet poistného plnenia za dobu nevyhnutného liečenia vybraných následkov úrazu sa dojednáva limit poistnej sumy uvedený v príslušnom ustanovení OPP pre poistenie denného odškodného počas nevyhnutného liečenia následkov úrazu (14UP).			
<input type="checkbox"/> Poistenie denného odškodného pri pobyte v nemocnici z dôvodu úrazu (15UP)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Poistenie smrti následkom úrazu s dvojnásobným plnením pre účastníka dopravnej nehody (16UP)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Poistenie invalidity následkom úrazu (20UP)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Poistenie denného odškodného pri pobyte v nemocnici z dôvodu choroby (15ND)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Poistenie kritických chorôb (1ZN)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Poistenie Allianz Best Doctors (BD2)	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>
V prípade poistnej udalosti bude pri tarife BD2 poskytnuté poistné plnenie v súlade s príslušnými článkami Poistných podmienok pre poistenie Allianz Best Doctors.			
Riziková skupina <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Poistenie dočasného dôchodku v prípade invalidity (IN1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Poistenie jednorazovej výplaty v prípade invalidity (IN2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Poistenie ušlého zárobku pri pracovnej neschopnosti (UZ1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Plnenie od 15. dňa PN	<input type="checkbox"/> Plnenie od 29. dňa PN	<input type="checkbox"/> Podnikateľ	<input type="checkbox"/> Zamestnanec
Riziková skupina <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Poistenie chirurgického zákroku (B1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Región <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Poistenie nezamestnanosti a pracovného úrazu s následkom smrti (UN1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
V prípade poistnej udalosti bude pri tarife UN1 poskytnuté poistné plnenie v súlade s príslušnými článkami OPP pre poistenie nezamestnanosti a pracovného úrazu s následkom smrti (UN1).			





	1. Poistená osoba		2. Poistená osoba	
	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? <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 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 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.



## Vyhlasenie poistníka a poisteného

Vyhlasujem, že som bol pred uzavretím poistnej zmluvy oboznámený s obsahom Všeobecných poistných podmienok pre poistenie osôb schválených 31.7.2015 (ďalej len "VPP"), Poistných podmienok (ďalej len "PP") pre životné poistenie schválených 1.12.2015, PP pre úrazové poistenie schválených 15.12.2014, PP pre poistenie nezamestnanosti schválených 1.10.2015, PP pre poistenie ušlého zárobku pri pracovnej neschopnosti schválených 1.10.2015, PP pre poistenie chirurgického zákroku schválených 19.1.2015, PP pre poistenie kritických chorôb schválených 14.10.2011, PP pre poistenie pobytu v nemocnici schválených 15.11.2012, PP pre poistenie oslobodenia schválených 19.1.2015, PP pre poistenie Doktor+ schválených 1.10.2015, PP pre poistenie Allianz Best Doctors schválených 1.10.2015, PP pre poistenie invalidity schválených 15.12.2014, PP pre poistenie pracovnej neschopnosti schválených 19.1.2015, OPP pre rizikové životné poistenie (R3) schválených 1.10.2015, OPP pre rizikové životné poistenie s klesajúcou poistnou sumou (R4) schválených 1.10.2015, OPP pre prípad smrti následkom úrazu (11UP) schválených 1.10.2015, OPP pre poistenie trvalých následkov úrazu bez progresie (12UP) schválených 1.10.2015, OPP pre poistenie trvalých následkov úrazu s progresiou (13UP) schválených 1.10.2015, OPP pre poistenie denného odškodného počas nevyhnutného liečenia následkov úrazu (14UP) schválených 1.10.2015, OPP pre poistenie denného odškodného pri pobyte v nemocnici z dôvodu úrazu (15UP) schválených 31.7.2015, OPP pre poistenie smrti následkom úrazu s dvojnásobným plnením pre účastníka dopravnej nehody (16UP) schválených 1.10.2015, OPP pre poistenie invalidity následkom úrazu (20UP) schválených 1.10.2015, OPP pre poistenie denného odškodného pri pobyte v nemocnici z dôvodu choroby (15ND) schválených 1.10.2015, OPP pre poistenie chirurgického zákroku (B1) schválených 1.10.2015, OPP pre poistenie kritických chorôb (1ZN) schválených 1.10.2015, OPP pre poistenie ušlého zárobku pri pracovnej neschopnosti (UZ1) schválených 1.10.2015, OPP pre poistenie nezamestnanosti a pracovného úrazu s následkom smrti (UN1) schválených 1.10.2015, OPP pre poistenie dočasného dôchodku v prípade invalidity (IN1) schválených 1.10.2015, OPP pre poistenie jednorazovej výplaty v prípade invalidity (IN2) schválených 1.10.2015, OPP pre poistenie náhrady poistného pri dlhodobej pracovnej neschopnosti (NP1) schválených 1.10.2015, OPP pre poistenie oslobodenia od platenia poistného v prípade invalidity (OP3) schválených 1.10.2015 a Zmluvných dojednaní pre program Flexi Život Plus, schválených 1.10.2015 (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 alebo budem liečiť. Splnomocňujem lekára, zdravotnícke zariadenia a zariadenia poskytujúce zdravotnú starostlivosť k vyhotoveniu lekárskeho 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 liečili, alebo s ktorými som konzultoval svoj zdravotný stav. V súvislosti s dojednaním 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. V prípade dojednania poistenia nezamestnanosti a pracovného úrazu s následkom smrti, vyhlasujem, že súčasne spĺňam všetky podmienky vyhlásení k poisteniu nezamestnanosti a pracovného úrazu s následkom smrti, uvedené na rubovej strane tejto poistnej zmluvy.

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

V prípade dojednania poistenia Doktor+, ako poistený v poistení Doktor+ vyhlasujem a svojím podpisom na poistnej zmluve potvrdzujem, že k dátumu dojednania 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 dojednania poistenia ušlého zárobku pri pracovnej neschopnosti, ako poistený v tomto poistení vyhlasujem a svojím podpisom na poistnej zmluve potvrdzujem, že k dátumu dojednania tohto poistenia mám príjem zo závislej činnosti uvedený v § 5 zákona o dani z príjmov (ak som zamestnanec) 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 má sídlo na území Slovenskej republiky; mám trvalý pobyt alebo povolenie na prechodný, trvalý alebo dlhodobý pobyt na území Slovenskej republiky; som poistený nemocenským poistením 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 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; nie som študentom, žiakom, osobou v domácnosti, nezamestnanou osobou alebo väzňom; nepoberám materské a ani nie som na rodičovskej dovolenke; nepoberám starobný dôchodok, invalidný dôchodok; nepoberám výlučne opatrovateľský príspevok od štátu alebo obce; nie som vojakom, príslušníkom Vojenskej polície, príslušníkom Policajného zboru, príslušníkom Hasičského a záchranného zboru, príslušníkom Slovenskej informačnej služby, príslušníkom Národného bezpečnostného úradu, príslušníkom Zboru väzenskej a justičnej stráže, príslušníkom Železničnej polície ani colníkom.

Vyhlasujem, že som bol oboznámený so všetkými skutočnosťami vyplývajúcimi z § 15 ods. 1 zákona č. 122 / 2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon o ochrane osobných údajov“).

Zároveň súhlasím, aby si poisťovateľ splnil oznamovaciu povinnosť podľa § 15 a § 8 zákona o ochrane osobných údajov zverejnením znenia tejto oznamovacej povinnosti na svojom webovom sídle [www.allianzsp.sk](http://www.allianzsp.sk). Poisťovateľ za týmto účelom na webovom sídle zverejňuje zoznam sprostredkovateľov a tretích strán, pričom zmena zoznamu je účinná dňom zverejnenia zmeny na webovom sídle.

Svojím podpisom dávam poisťovateľovi súhlas so sprístupňovaním / poskytovaním osobných údajov v nevyhnutnom rozsahu tretím stranám a s ich spracúvaním tretími stranami v súvislosti so správou poistenia, likvidáciou poistných udalostí, vymáhaním pohľadávok, zaistovníam za účelom zaistenia a peňažným ústavom za účelom vinkulácie; súhlas sa udeľuje na dobu do vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy a počas tejto doby nie je možné ho účinne odvolať.

Svojím podpisom potvrdzujem súhlas s poskytovaním služby Elektronickej korešpondencie v súlade s čl. 14 ods. 3. VPP a zároveň potvrdzujem, že som si vedomý toho, že od momentu aktivácie služby Elektronickej korešpondencie mi bude korešpondencia, ku ktorej prevzatiu nie je potrebný môj podpis, alebo ktorej povaha to umožňuje, zasielaná elektronicky. Svojím podpisom na tejto poistnej zmluve dávam poisťovateľovi dobrovoľný súhlas so spracúvaním svojich osobných údajov na účely marketingu, reklamy a komerčnej komunikácie, v rozsahu: titul, meno, priezvisko, adresa, telefónne číslo, adresa elektronickej pošty, a to s platnosťou do jeho písomného odvolania. Súčasne súhlasím so zasielaním korešpondencie poisťovateľa na účely marketingu, reklamy a komerčnej komunikácie formou elektronickej pošty alebo formou služieb krátkych správ. Som si vedomý, že súhlas môžem kedykoľvek odvolať, a to písomným oznámením adresovaným poisťovateľovi.

V prípade dojednania poistenia Allianz Best Doctors dávam svojím podpisom na tejto zmluve poisťovateľovi a spoločnosti Best Doctors Services, S.L.U., C / Almagro 36 - 1º, 28010 - Madrid, Španielsko, tax identification number B - 86661857 súhlas so spracúvaním a vzájomným poskytovaním osobných údajov, ako aj iných údajov a informácií v rozsahu potrebnom na účely súvisiace s poistnou zmluvou a poskytovaním služieb InterConsultation a FindBestCare. Tento súhlas sa udeľuje na dobu do vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy a z poskytovania služieb InterConsultation a FindBestCare, počas ktorej ho nie je možné účinne odvolať.

### **Vyhlásenie poistníka**

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.

V súlade s platným zákonom o poisťovníctve vyhlasujem, že finančné prostriedky, ktoré použijem na zaplatenie poistného podľa tejto poistnej zmluvy sú mojim vlastníctvom a uzavretie tejto poistnej zmluvy vykonávam na vlastný účet; ak sú finančné prostriedky vlastníctvom inej osoby alebo uzavretie poistnej zmluvy vykonávam na účet inej osoby, údaje o tejto osobe uvádzam na rubovej strane poistnej zmluvy a zároveň odovzdávam poisťovateľovi aj písomný súhlas tejto osoby na použitie jej finančných prostriedkov alebo na uzavretie tejto poistnej zmluvy na jej účet. Ak počas trvania poistenia dôjde k zvýšeniu poistného, zaväzujem sa v súlade s platným zákonom o poisťovníctve 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 uzavretím poistnej zmluvy oboznámený s obsahom a že som v písomnej forme prevzal informáciu o podmienkach uzavretia poistnej zmluvy - program Flexi Život Plus. Vyhlasujem a svojím podpisom potvrdzujem, že som bol pred uzavretím poistnej zmluvy oboznámený s podmienkami poskytovania zľavy na poistnom, ktoré sú uvedené v Zmluvných dojednaniach pre program Flexi Život Plus a na webovom sídle poisťovateľa. 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.



