



9812023083

Allianz

Slovenská poisťovňa

FLEXI 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 - 1. POISŤENÁ OSOBA

Rodné číslo / IČO	8060188092	Krajina narodenia		Telefón	0908754533
Priezvisko / obchodné meno	Štibráva	Meno	Ingrida	Titul pred menom	
Adresa trvalého pobytu / sídla poisťníka / miesta podnikania (ak ide o fyzickú osobu podnikateľa)					
Ulica	Botanická	Súp.č.	5636	Or.č.	25
Obec	Trnava	PSC	91700	Krajina	SK
E-mail pre elektronickú korešpondenciu	@		Heslo		
Zamestnanie			Krajina daňovej rezidence		
Štátna príslušnosť	SR	Vstupný vek	34 rokov	Politicky exponovaná osoba* (vyplniť v prípade, ak je poisťník politicky exponovanou osobou)	
Druh dokladu totožnosti	Občiansky	Dátum vydania		Dátum konca platnosti	
Kontaktná adresa (vyplniť iba v prípade, ak je iná ako vyššie uvedená)			Súp.č.	Or.č.	3017
Ulica	Harmónia	PSC	90001	Krajina	SK
Obec	Modra				

2. POISŤENÁ OSOBA

Rodné číslo		Krajina narodenia		Telefón	
Priezvisko		Meno		Titul pred menom	
Adresa trvalého pobytu					
Ulica	Štávkárska	Súp.č.		Or.č.	6
Obec	Bratislava	PSC	82107	Krajina	SK
E-mail pre elektronickú korešpondenciu	@		Heslo		
Zamestnanie	študent	Krajina daňovej rezidence			
Štátna príslušnosť		Vstupný vek	17 rokov	Politicky exponovaná osoba* (vyplniť v prípade, ak je poisťník politicky exponovanou osobou)	
Druh dokladu totožnosti	Občiansky	Dátum vydania		Dátum konca platnosti	
Kontaktná adresa (vyplniť iba v prípade, ak je iná ako vyššie uvedená)			Súp.č.	Or.č.	
Ulica		PSC		Krajina	
Obec					

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

OPRÁVNENÉ OSOBY (Priezvisko, meno (obchodné meno), rodné číslo (IČO) alebo vzťah k poisťníku a príslušné percento)

PRE 1. POISŤENÚ OSOBU

Priezvisko, meno alebo vzťah / obchodné meno

Rodné číslo / IČO (neuvádzať pri určení vzťahom)	Percento
	%
	%
	%

PRE 2. POISŤENÚ OSOBU

Priezvisko, meno alebo vzťah / obchodné meno

Molnárová Beata	

Rodné číslo / IČO (neuvádzať pri určení vzťahom)	Percento
	100 %
	%
	%

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

INFORMÁCIE O POISŤENÍ

Deň uzavretia poisťnej zmluvy

2 8 . 0 2 . 2 0 1 4

Začiatok poistenia (najskôr nasledujúci deň po dni uzavretia zmluvy)

0 1 . 0 3 . 2 0 1 4

Domáca tarifa

☐

Bežné poistenie

Lehota platenia ročná ☐ polročná ☒ štvrťročná ☐ mesačná ☐

Jednorazové poistenie

Dynamika dojednaných poistení

áno ☐

Spôsob platenia poisťného

Prvé poistenie

poštovým peňažným poukazom ☐bankovým prevodom ☐z vkladového životného poistenia ☐

Číslo PZ

z inej PZ ☐

Číslo PZ

v hotovosti ☒

inkasný doklad číslo

3 3 3 1

inkasovaná suma

36

70

Ďalšie poistenie

poštovým peňažným poukazom ☒bankovým prevodom ☐z vkladového životného poistenia ☐

Číslo PZ



PRE 1. POISTENÚ OSOBU – POISTNÍKA

	Poistná doba	Poistná suma (Ročný dôchodok ¹⁾ , Denná dávka ² , Mesačná dávka ³)	Bežné / jednorazové poistné
☐ Kapitálové životné poistenie pre prípad dožitia alebo smrti (K1 / K1J)			
☐ Kapitálové životné poistenie pre prípad dožitia alebo smrti s odloženou výplatom (M1 / M1J)			
☐ Kapitálové životné poistenie pre prípad dožitia (A1 / A1J)			
☐ 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 OPP pre rizikové životné poistenie s klesajúcou poistnou sumou.

Riziková skupina Prirážka

☐ Poistenie smrti následkom úrazu (11UP / 11UPJ)			
☐ Poistenie trvalých následkov úrazu bez progresie (12UP / 12UPJ)			
☐ Poistenie trvalých následkov úrazu s progresiou (13UP / 13UPJ)			
☐ Poistenie denného odškodného počas nevyhnutného liečenia následkov úrazu (14UP / 14UPJ)			
☐ Poistenie denného odškodného pri pobyte v nemocnici z dôvodu úrazu (15UP / 15UPJ)			
☐ Poistenie smrti následkom úrazu s dvojnásobným plnením pre účastníka dopravnej nehody (16UP / 16UPJ)			
☐ Poistenie denného odškodného pri pobyte v nemocnici z dôvodu choroby (15ND / 15NDJ)			
☐ Poistenie kritických chorôb (1ZN / 1ZNJ)			
☐ Poistenie dočasného dôchodku v prípade invalidity (IN1 / IN1J)			

Riziková skupina

☐ Poistenie ušlého zárobku pri pracovnej neschopnosti (UZ1)			
☐ Plnenie od 15. dňa PN	☐ Plnenie od 29. dňa PN		
☐ Podnikateľ	☐ Zamestnanec		

☐ Poistenie chirurgického zákroku (B1)			
---	----------------------	----------------------	----------------------

Riziková skupina

☐ Poistenie nezamestnanosti a pracovného úrazu s následkom smrti (UN1)			
---	----------------------	----------------------	----------------------

Región

V prípade pracovného úrazu s následkom smrti bude vyplatená poistná suma v súlade s príslušným článkom OPP pre poistenie nezamestnanosti a pracovného úrazu s následkom smrti.

☐ Poistenie Doktor+ (SMO)			
--	----------------------	----------------------	----------------------

V prípade poistnej udalosti podľa čl. 4 Poistných podmienok pre poistenie Doktor+ bude poskytnuté poistné plnenie v súlade s čl. 5 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.

☐ Poistenie oslobodenia od platenia poistného v prípade invalidity (OP3)			
Poistná suma (OP3) je súčet bežného poistného za všetky dojednané poistenia, všetky poistené osoby, okrem UZ1, IN1, B1, UN1, SMO, NP1 a okrem OP3 pre 2. poistenú osobu.			
☐ Poistenie náhrady poistného pri dlhodobej pracovnej neschopnosti (NP1)			
Poistná suma (NP1) je súčet bežného poistného za všetky dojednané poistenia, za všetky poistené osoby, okrem NP1 pre 2. poistenú osobu.			

POISTENIA PRE 2. POISTENÚ OSOBU

☐ Kapitálové životné poistenie pre prípad dožitia alebo smrti (K1 / K1J)			
☐ Kapitálové životné poistenie pre prípad dožitia alebo smrti s odloženou výplatom (M1 / M1J)			
☐ Kapitálové životné poistenie pre prípad dožitia (A1 / A1J)			
☐ 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 OPP pre rizikové životné poistenie s klesajúcou poistnou sumou.



	Poistná doba	Poistná suma (Ročný dôchodok ¹⁾ , Denár dávka ²⁾ , Mesačná dávka ³⁾	Bežné / jednorazové poistné
Prirážka skupina 1 Prirážka 0			
Poistenie smrti následkom úrazu (11UP / 11UPJ)	45	5 000, 00	2, 10
☐ Poistenie trvalých následkov úrazu bez progresie (12UP / 12UPJ)			
☒ Poistenie trvalých následkov úrazu s progresiou (13UP / 13UPJ)	45	5 000, 00	11, 20
☒ Poistenie denného odškodného počas nevyhnutného liečenia následkov úrazu (14UP / 14UPJ)	45	10, 00	20, 30
☒ Poistenie denného odškodného pri pobyte v nemocnici z dôvodu úrazu (15UP / 15UPJ)	45	5, 00	3, 10
☐ Poistenie smrti následkom úrazu s dvojnásobným plnením pre účastníka dopravnej nehody (16UP / 16UPJ)			
☐ Poistenie denného odškodného pri pobyte v nemocnici z dôvodu choroby (15ND / 15NDJ)			
☐ Poistenie kritických chorôb (1ZN / 1ZNJ)			
☐ Poistenie dočasného dôchodku v prípade invalidity (IN1 / IN1J)			
Riziková skupina ☐			
☐ Poistenie ušlého zárobku pri pracovnej neschopnosti (UZ1)			
☐ Plnenie od 15. dňa PN ☐ Plnenie od 29. dňa PN			
☐ Podnikateľ ☐ Zamestnanec			
☐ Poistenie chirurgického zákroku (B1)			
Riziková skupina ☐			
☐ Poistenie nezamestnanosti a pracovného úrazu s následkom smrti (UN1)			
Región ☐			
V prípade pracovného úrazu s následkom smrti bude vyplatená poistná suma v súlade s príslušným článkom OPP pre poistenie zamestnanosti a pracovného úrazu s následkom smrti.			
☐ Poistenie Doktor+ (SMO)			
V prípade poistnej udalosti podľa čl. 4 Poistných podmienok pre poistenie Doktor+ bude poskytnuté poistné plnenie v súlade s čl. 5 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.			
☐ Poistenie oslobodenia od platenia poistného v prípade invalidity (OP3)			
Poistná suma (OP3) je súčet bežného poistného za všetky dojednané poistenia, všetky poistené osoby, okrem UZ1, IN1, B1, UN1, SMO, NP1 a okrem OP3 pre 1. poistenú osobu.			
☐ Poistenie náhrady poistného pri dlhodobej pracovnej neschopnosti (NP1)			
Poistná suma (NP1) je súčet bežného poistného za všetky dojednané poistenia, za všetky poistené osoby, okrem NP1 pre 1. poistenú osobu.			
Celkové bežné / jednorazové poistné			36, 70

Poistné sumy a poistné sú uvedené v mene EUR.

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

PRE 1. POISTENÚ OSOBU Meno, adresa, IČO, telefónne číslo lekára, u ktorého má poistený zdravotnú kartu v evidencii.

PRE 2. POISTENÚ OSOBU Meno, adresa, IČO, telefónne číslo lekára, u ktorého má poistený zdravotnú kartu v evidencii.

MUDr. Džupová Modra

1. Poistená osoba		2. Poistená osoba	
Výška	Hmotnosť	Výška	Hmotnosť
cm	kg	170 cm	62 kg
ÁNO	NIE	ÁNO	NIE
☐	☐	☐	☒
☐	☐	☐	☒
☐	☐	☐	☒
☐	☐	☐	☒

- Fajčili ste v posledných 12 mesiacoch cigarety, cigary, fajku alebo ste inak užívali tabak? (ak áno, konkretizujte a uveďte denné množstvo)
- Ste v súčasnej dobe práceneschopný? (ak áno, uveďte jej dôvod a dátum odkedy)
- Utrpeli ste úraz, ktorý zanechal trvalé následky, alebo v posledných rokoch akýkoľvek úraz? (ak áno, uveďte aký úraz, kedy, dĺžku a spôsob liečby, následky úrazu)
- Ste alebo boli ste liečení alebo sledovaní 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-pozitívita, hepatitída, TBC, infekčné ochorenia, ktoré zanechali následky • nervové alebo psychické poruchy; chronický únavový syndróm • liečba v dôsledku alkoholu, liekov, drog alebo inej závislosti, prip. odporúčenie na liečbu • poškodenie alebo ochorenie očí, uší • neuritída, ischias, reumatizmus, artritída, dna, psoriáza, ochorenie alebo poškodenie svalov, kostí, kĺbov, chrbtice • iné ochorenia, poškodenia



1. Poistená osoba

ANO NIE

☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

2. Poistená osoba

ANO NIE

☐	☒
☐	☒
☐	☒
☐	☒
☐	☒
☐	☒
☒	☐

... v najbližších 6 mesiacoch plánovanú akúkoľvek operáciu?

(ak áno, uveďte dôvod, dňahôzu, dátum, nemocnicu)

Užívate pravidelne lieky? (ak áno, uveďte názov lieku, od kedy, ako často)

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 dojednaní poisťovania kritických chorôb)

8) Ste uznaný invalidným alebo žiadali ste o invalidný dôchodok? (ak áno, uveďte dôvod, obdobie od - do, % poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť)

9) Športujete? (ak áno, uveďte šport a spôsob vykonávania, napr. rekreačne, amatérsky, profesionálne, ak v súťažiach, uveďte druh súťaže)

10) Ste vystavený zvláštnym nebezpečenstvám pri pracovných alebo iných činnostiach, napr. silné žiarenie, výbušniny, potápanie, parašutizmus, rýchlostné preteky, súkromné a športové lavy, horolezectvo a pod.? (ak áno, konkretizujte druh činnosti a ako sa činnosti venujete)

11) Ste právák? (na túto otázku odpovedajte iba v prípade dojednaní trvalých následkov úrazu)

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

Ak sú splnené podmienky akcie Doktor+, platné v čase uzavretia poisťovnej zmluvy, ktoré boli oznámené poisťovníkovi pred uzavretím poisťovnej zmluvy, prílohou tejto poisťovnej zmluvy je aj "Príloha k poisťovnej zmluve Poistenie Doktor+", ktorou sa dojednáva poistenie Doktor+ poskytované poisťovateľom bezplatne.

Vyhlasenie poisťníka a poisteného

Vyhlasujem, že som bol pred uzavretím poisťovnej zmluvy oboznámený s obsahom a že som prevzal všeobecné poisťovné podmienky pre poistenie osôb (ďalej len „VPP“). Poisťovné podmienky pre: životné poistenie, úrazové poistenie, poistenie nezamestnanosti, poistenie úľahy zárobku pri pracovnej neschopnosti, poistenie chirurgického zákroku, poistenie kritických chorôb, poistenie pobytu v nemocnici, poistenie ošetrovania, poistenie Doktor+, poistenie pracovnej neschopnosti, osobitné poisťovné podmienky pre každé poistenie (ďalej len „OPP“), ktoré je možné dojednať v poisťovnej zmluve pre program Flexi Život a Zmluvné dojednanie pre program Flexi Život.

Vyhlasujem, že všetky moje odpovede na písomné otázky poisťovateľa týkajúce sa poistenia 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. Spôsobom činnosti lekára, zdravotníckeho zariadenia a zariadenia poskytujúceho zdravotnú starostlivosť k vyhotoveniu lekárskej správy, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, či jej započítaniu za účelom prípadných zmien poisťovnej zmluvy a za účelom vybavovania poisťovných 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 prazu 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 poisťovnej udalosti aj na dobu po mojej smrti. Zároveň zbavujem povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči poisťovateľovi všetky orgány činné v konaní o pracovnom úraze. V prípade dojednaní poistenia nezamestnanosti a pracovného prazu s následkom smrti, vyhlasujem, že súčasne spĺňam všetky podmienky vyhlásení k poisteniu nezamestnanosti a pracovného prazu s následkom smrti, uvedených na rubovej strane tejto poisťovnej zmluvy.

V prípade dojednaní poistenia Doktor+, ako poistený v poisťovni Doktor+ vyhlasujem a svojím podpisom na poisťovnej 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.

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"). Svojím podpisom dávam poisťovateľovi súhlas so spracúvaním / poskytovaním osobných údajov v nevyhnutnom rozsahu tretím stranám a s ich spracúvaním tretími stranami v súvislosti so správou poistenia, likvidáciou poisťovných udalostí, vymáhaním pohľadávok, záistovaním za účelom zaistenia a peňažným ústavom za účelom vinkulácie; súhlas sa udeľuje na dobu do vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poisťovnej zmluvy a počas tejto doby nie je možné ho účinne odvolať. Práva dotknutej osoby pri spracúvaní osobných údajov sú upravené v § 28 zákona o ochrane osobných údajov.

Svojím podpisom potvrdzujem súhlas s poskytovaním služby Elektronická korešpondencia v súlade s čl. 14 ods. 3, VPP a zároveň potvrdzujem, že som si vedomý toho, že od momentu aktivácie služby Elektronická korešpondencia mi bude korešpondencia, ku ktorej prevzatú nie je potrebný môj podpis, alebo ktorej povaha to umožňuje, zasielaná elektronicky.

Svojím podpisom na tejto poisťovnej 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.

Vyhlasenie poisťníka

Ak som uviedol osobné údaje inej osoby, vyhlasujem, že disponujem jej predchádzajúcim písomným súhlasom so spracúvaním jej osobných údajov na účely tejto poisťovnej zmluvy. Vyhlasujem a svojím podpisom potvrdzujem, že som bol oboznámený a zároveň som odmietol v písomnej forme údaje v zmysle ustanovenia § 792a zákona č. 40 / 1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov.

Podľa § 47 ods. 8 zákona č. 8 / 2008 Z. z. o poisťovníctve a o zpenení, doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len "zákon o poisťovníctve") vyhlasujem, že finančné prostriedky, ktoré použijem na zaplatenie poisťovného podľa tejto poisťovnej zmluvy sú mojim vlastníctvom a uzatvorením tejto poisťovnej zmluvy vykonávam na vlastný účet; ak sú finančné prostriedky vlastníctvom inej osoby alebo uzatvorením tejto poisťovnej zmluvy na jej účet. Ak počas trvania poistenia dôjde k zvýšeniu poisťovného, zavazujem sa podľa § 47 ods. 8, zákona o poisťovníctve odovzdať poisťovateľovi aj písomný súhlas tejto osoby na použitie jej finančných prostriedkov alebo na uzatvorení tejto poisťovnej zmluvy a jej účet. Ak počas trvania poistenia dôjde k zvýšeniu poisťovného, 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 poisťovnej zmluvy oboznámený s obsahom a že som v písomnej forme prevzal informáciu o podmienkach uzavretia poisťovnej zmluvy - program Flexi Život. Zároveň beriem na vedomie a výslovne súhlasím s tým, aby poisťovateľ v lehote do dvoch mesiacov odo dňa uzavretia poisťovnej zmluvy upravil výšku poisťovného alebo poisťovnej sumy v tolerancii +/- 10 % oproti výške uvedenej v tejto poisťovnej zmluve v prípade štandardného ocenenia rizík na základe údajov uvedených v tejto poisťovnej zmluve.

Vyhlasenie finančného agenta

Vyhlasujem, že som osvedčil totožnosť klienta podľa dokladu totožnosti a vykonať a overiť 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.

Ak dôjde pri vyhlásení poisťovnej zmluvy k oprave, platné údaje musia byť potvrdené podpisom poisťníka. Ak pri jednotlivých poisteniach nie je vyznačená kolónka, platí, že klient si poistenie nedoednáva.

Táto poisťovná zmluva je vyhotovená v troch rovnocenných: jeden pre poisťovateľa, jeden pre poisťníka a jeden pre finančného agenta.

V zmysle zákona o ochrane osobných údajov Allianz - Slovenská poisťovňa, a.s. oznamuje, že spoločnosť Tatra Billing, s.r.o., Ivánska cesta 2C, 821 04 Bratislava, IČO: 35810572 je oprávnená spracúvať osobné údaje dotknutých osôb spoločnosť Mopul Assistance s.r.o., Jankovcova 1596/14B, 70 00 Olomouc, ČR.

Na základe Zmluvy o spolupráci v oblasti služieb Second Medical Opinion je na účely poistenia Doktor+ oprávnená spracúvať osobné údaje dotknutých osôb spoločnosť Mopul Assistance s.r.o., Jankovcova 1596/14B, 70 00 Olomouc, ČR.

Praha 7, Česká republika, IČO: 25622871.

Podpis poisťníka

Podpis 2. poistenej osoby alebo jej zákonného zástupcu, ak sú iní ako poisťník

Získateľské číslo finančného agenta 1

00042878

MA číslo spolupracovníka

Telefón

211 12

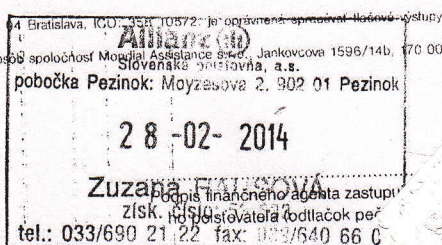
Priezvisko a meno / obchodné meno

Zuzana Rausová

Priezvisko a meno spolupracovníka

Získateľské číslo finančného agenta 2

00053533



Návrh na dojednanie Poistenia za mimoriadne poisťné (PMP) v rámci programu Flexi Život, ak je dojednané kapitálové životné poistenie.

Poistenie za mimoriadne poisťné (PMP) je na základe tohto návrhu uzatvorené dňom zaplatenia mimoriadneho poisťného vo výške najmenej 150 EUR, pričom za zaplatenie mimoriadneho poisťného sa rozumie pripísanie sumy na bankový účet poisťovateľa číslo SK30 1100 0000 0029 2212 2927 pod variabilným symbolom, ktorým je predbežné číslo poisťovnej zmluvy alebo číslo poisťovnej zmluvy.

Návrh je možné prijať len počas trvania kapitálového životného poistenia, najneskôr však 10 rokov pred uplynutím doby kapitálového životného poistenia. Ak sú v poisťovnej zmluve dojednané dve kapitálové životné poistenia, tento návrh je možné prijať najneskôr 10 rokov pred uplynutím poisťovnej doby kapitálového životného poistenia s dlhšou poisťovnou dobou.

Poistenie za mimoriadne poisťné (PMP) sa riadi osobitnými poisťovnými podmienkami pre poistenie za mimoriadne poisťné (PMP).



Allianz - Slovenská poisťovňa, a. s.

ústredie

Poistka k poistnej zmluve číslo: 0370639577
Predbežné číslo poistnej zmluvy: 9812023083
Flexi Život

Poisťovateľ:

Allianz - Slovenská poisťovňa, a. s.
IČO: 00 151 700
Dostojevského rad 4, 815 74 Bratislava 1

Poistník:

Poistený:

Botanická 5636/25, 917 00 Trnava

Datum narodenia:
Stavbárska 6, 821 07 Bratislava

Deň uzavretia poistnej zmluvy: 28.02.2014

Začiatok poistenia: 01.03.2014

Poistenie a pripoistenie	Tarifa	Koniec poistenia	Poistná suma (1) denná dávka	Lehotné poistné
Poistenie smrti následkom úrazu Riziková skupina: 1	11UP-M	28.02.2059	5 000,00 EUR	2,10 EUR
Poistenie trvalých následkov úrazu s progresívnym plnením Riziková skupina: 1	13UP-M	28.02.2059	5 000,00 EUR	11,20 EUR
Poistenie denného odškodného počas nevyhnutného liečenia následkov úrazu Riziková skupina: 1	14UP-M	28.02.2059	10,00 EUR ⁽¹⁾	20,30 EUR
Poistenie denného odškodného pri pobyte v nemocnici z dôvodu úrazu Riziková skupina: 1	15UP-M	28.02.2059	5,00 EUR ⁽¹⁾	3,10 EUR
Lehota platenia: polročne	Celkové polročné poistné:			36,70 EUR
Spôsob platenia: poštový peňažný poukaz	V prospech účtu: 2620006701/1100 IBAN: SK53 1100 0000 0026 2000 6701 BIC: TATRSKBX			
Variabilný symbol: 0370639577	Konštantný symbol: 3558			

Oprávnené osoby:

- pre poistenú osobu:

Mgr. Beáta Molnárová, dátum narodenia 07.03.1968

100 %

Dynamika: nie

Všeobecné ustanovenia:

Toto poistenie sa riadi ustanoveniami Občianskeho zákonníka, všeobecnými poistnými podmienkami a zmluvnými dojednaniami Allianz - Slovenskej poisťovne, a. s.

Kontakt: finančný agent: FO - pobočka Pezinok, tel. +421336902111, Allianz - Slovenská poisťovňa, a. s.
Infolinka: 0800 122 222



Ing. Viktor Cingel, CSc.
člen predstavenstva
Allianz - Slovenská poisťovňa, a. s.



Ing. Miroslav Pacher
člen predstavenstva
Allianz - Slovenská poisťovňa, a. s.

Dňa 05.03.2014

Dostojevského rad 4
SK-815 74 Bratislava
Slovenská republika

IČO: 00 151 700
IČ DPH: SK2020374862
DIČ: 2020374862

Okr. súd Bratislava I, Obch. register
Oddiel: Sa, Vložka číslo: 196/B