

Číslo poisťnej zmluvy:

ID - kód
nepísomne

6625842932

Allianz
Slovenská poisťovňa

Poisťná zmluva 1106/2015-HZ-2.01/V

Cestovné poistenie a asistenčné služby

Dojednaná tarifa 112

Poisťovateľ Allianz - Slovenská poisťovňa, a. s., Dostojevského rad 4, 815 74 Bratislava, Slovenská republika,
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 30854687 Telefón

Priezvisko / obchodné meno Implementačná agentúra MPSVR SR

Meno Titul pred menom Titul za menom

Ulica Špitálska Súp.č. Or.č. 6

Obec Bratislava PSČ 81455

E-mail

@

DT - kód zamestnávateľa DT - kód zamestnanca Poisťník je poistená osoba ☐ áno ☒ nie

Poistené osoby (prípadné ďalšie poistené osoby uveďte v prílohe - Zoznam poistených osôb)

Priezvisko	Meno	Dátum narodenia deň mesiac rok	Číslo Baby karty
Ružička	Martin		
Borgulová	Zuzana ZUZANA		
Večeľa	Pavel		
Derco	Pavol		
Sedálová	Sedálová BARBORA		
Hrešková	Mária		
Haberlandová	Dagmar		
Klimant	Andrej		
Hodossy	Kristian		
Drgoncová	Jana		
Kollár	Jakub		
Šlahor	Milan		

Dátum uzavretia 14 . 10 . 2015 Hodina a minúta uzavretia 10 : 51

Poistená cesta a územná platnosť

Začiatok poistenia 19 . 10 . 2015 Koniec poistenia 23 . 10 . 2015

Zóna A ☒ Zóna B ☐ Zóna C ☐ SR ☐

Riziková skupina ☐ Celoročné poistenie ☐ Príloha ☐



A 3 R C 7 0 8 1 0 1 Q

Dojednané poistenia
☒ Poistenie liečebných nákladov v zahraničí
 ☒ Fixný balík poistení

	Sadzba v EUR	Počet osôb	Počet dní	Prirážka	Poistné v EUR
dospelí/seniori	1 , 700	x 15	x 5	x	= 127 , 50
deti		x	x	x	= ,
☐ Poistenie nákladov na záchrannú činnosť		x	x	x	= ,
☐ Pripoistenie batožiny		x	x		= ,

☐ Poistenie stornovacích poplatkov	☐ Poistenie storno špeciál	Sadzba v %	Poistná suma cestovnej služby v EUR	
			x	= ,

Poistné spolu v EUR 127 , 50

Úprava poistného			OB10		Celkom		Úprava poistného v EUR	
					10 %			12 , 75
Počet poistených osôb spolu: 15						Jednorazové poistné v EUR		114 , 75

Poistenia dojednané na základe tejto poistnej zmluvy sa riadia Všeobecnými poistnými podmienkami pre cestovné poistenie a asistenčné služby zo dňa 02.05.2013 a Osobitnými poistnými podmienkami príslušnými k tarife dojednanej touto poistnou zmluvou.

Spracúvanie osobných údajov:

Poistník je povinný poisťovateľovi poskytnúť a umožniť získať kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním osobné údaje, ako aj ďalšie údaje požadované poisťovateľom v zmysle zákona č. 8/2008 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Poistník týmto vyhlasuje, že je 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 v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o ochrane osobných údajov“). Poistník svojím podpisom na tejto poistnej zmluve dáva súhlas, aby si poisťovateľ splnil oznamovaciu povinnosť podľa § 15 a § 8 zákona o ochrane osobných údajov zverejnením znenia tejto oznamovacej povinnosti na svojom webovom sídle. Poisťovateľ za týmto účelom na webovom sídle zverejňuje zoznam sprostredkovateľov a tretích strán, pričom zmena zoznamu je účinná dňom zverejnenia zmeny na webovom sídle. Poistník dáva poisťovateľovi súhlas so sprístupňovaním/poskytovaním týchto údajov v nevyhnutnom rozsahu tretím stranám a s ich spracúvaním tretími stranami v súvislosti so správou poistenia, likvidáciou poistných udalostí, vymáhaním pohľadávok a zaisteniam za účelom zaistenia; súhlas sa udeľuje na dobu do vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy a počas tejto doby nie je možné ho účinne odvolať. Pre prípad, že sú v poistnej zmluve uvedené osobné údaje inej osoby, poisťník vyhlasuje, že dotknuté osoby, ktorých osobné údaje poskytol, udelili predchádzajúci písomný súhlas so spracúvaním svojich osobných údajov na účely poistnej zmluvy. Poistník je povinný preukázať poisťovateľovi kedykoľvek na jeho žiadosť, že disponuje uvedeným písomným súhlasom dotknutých osôb.

Poistník svojím podpisom na tejto poistnej zmluve dáva 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. Poistník súčasne súhlasí so zasielaním korešpondencie poisťovateľa na účely marketingu, reklamy a komerčnej komunikácie formou elektronickej pošty alebo formou služieb krátkych správ. Poistník berie na vedomie, že súhlas môže kedykoľvek odvolať, a to písomným oznámením adresovaným poisťovateľovi.

Vyhlásenie poisťníka:

Poistník vyhlasuje, že mu poistné podmienky, ktorými sa poistenia dojednané touto poistnou zmluvou riadia, boli oznámené predložením ich výtlačku, s ktorého obsahom sa pred podpísaním tejto poistnej zmluvy oboznámil. Poistník berie na vedomie, že poistné podmienky, ktorými sa riadia poistenia dojednané touto poistnou zmluvou, sú mu v písomnej podobe k dispozícii na webovom sídle poisťovateľa www.allianzsp.sk ako aj na predajných miestach poisťovateľa. Poistník vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že všetky uvedené údaje sú úplné, pravdivé a nezamlčal žiadnu skutočnosť týkajúcu sa poistenia dojednaného touto poistnou zmluvou.



Táto poisťná zmluva je vyhotovená v troch vyhotoveniach, jeden originál a dve kópie, pričom originál dostane poisťovateľ; poisťník a oprávnený zástupca poisťovateľa dostanú každý jednu kópiu. Poisťník vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že bol pred podpísaním tejto poisťnej zmluvy oboznámený s obsahom, a že v písomnej forme prevzal Informáciu o podmienkach uzavretia poisťnej zmluvy príslušnú k poisťným podmienkam, ktorá tvorí súčasť poisťnej zmluvy ako jej príloha. Poisťník vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že v zmysle zákona č. 297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a ochrane pred financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov poisťnú zmluvu uzaviera vo vlastnom mene:

☒ Áno ☐ Nie, uzavretá v mene: _____

Počet príloh Poznámky

1	

Zaplatené dňa

14 . 10 . 2015

Získateľské číslo
oprávneného zástupcu
poisťovateľa 1

00046970

MA číslo spolupracovníka

Telefón

+421907998342

Podpis poisťníka

Priezvisko a meno / obchodné meno

Fincentrum

Priezvisko a meno spolupracovníka

Smoroň Ladislav

Podpis oprávneného zástupcu
poisťovateľa (odtlačok pečiatky)

Získateľské číslo oprávneného zástupcu poisťovateľa 2

00042440

____ / ____



A 3 R C 7 0 8 1 0 3 S

Informácia o podmienkach uzavretia poisťnej zmluvy

v súlade s § 37 ods. 3 zákona č. 8/2008 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 186/2009 Z. z. o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Informácie o poisťovateľovi

Obchodné meno a právna forma: Allianz - Slovenská poisťovňa, a.s.
Názov štátu, kde sa nachádza sídlo poisťovateľa: Slovenská republika
Sídlo: Dostojevského rad 4, 815 74 Bratislava 1

Charakteristika poisťnej zmluvy

1. Názov poisťného produktu

CESTOVNÉ POISTENIE A ASISTENČNÉ SLUŽBY

Poistenie sa riadi Všeobecnými poisťnými podmienkami pre cestovné poistenie a asistenčné služby zo dňa 02.05.2013 (ďalej len „VPP-CP“) a Osobitnými poisťnými podmienkami pre cestovné poistenie zo dňa 02.05.2013, ktoré sa vzťahujú na poisťnú zmluvu s dojednanou tarífou 1I2, 2I2, 3I2, 1IX2, 2IX2, 3IX2, 2PS2, SPEC2, 2PSZ2, 2PL2, 2R902, 4R902, 1RR2, 2RR2, 4RR2, 1I22, 2I22, 1RRZ2, 2RRZ2, 4RRZ2, 1FAM2, 2FAM2 (ďalej len „OPP“).

2. Popis poisťného produktu

2.1. Poistné riziká

V rámci cestovného poistenia sa poskytuje poistné krytie pre poistné riziká:

- Poistenie liečebných nákladov v zahraničí (čl. 17 až 22 VPP-CP),
- Poistenie úrazu (čl. 23 až 28 VPP-CP),
- Poistenie batožiny (čl. 29 až 33 VPP-CP),
- Poistenie zodpovednosti za škodu (čl. 34 až 39 VPP-CP),
- Poistenie stornovacích poplatkov (čl. 40 až 44 VPP-CP),
- Poistenie storno špeciál (čl. 45 až 49 VPP-CP),
- Poistenie nevyužitej cesty (čl. 50 až 53 VPP-CP),
- Poistenie doplnkových asistenčných služieb (čl. 54 až 57 VPP-CP),
- Poistenie nákladov na záchrannú činnosť (čl. 63 až 67 VPP-CP).

Uvedené poistenia je možné dojednať v rozsahu podľa ustanovení čl. 3 OPP.

2.2. Výhody produktu

- neobmedzené krytie liečebných nákladov v zahraničí,
- profesionálne základné/doplnkové asistenčné služby s celosvetovým pokrytím, poskytované 24 hodín denne po celý rok,
- produkt s možnosťou voľby:
 - krátkodobého poistenia pre osoby všetkých vekových kategórií,
 - polročného a celoročného poistenia pre dospelých a deti,
 - rodinného poistenia,
- možnosť voľby územnej platnosti poistenia,
- krátkodobé poistenie ponúkame aj s okamžitou platnosťou poistenia (čl. 4 ods. 3) VPP-CP alebo čl. 5 ods. 5) VPP-CP),
- zimné športy zahrnuté v štandardnom krytí,
- možnosť dojednať rizikovú skupinu,
- k poisteniu stornovacích poplatkov, ako aj k poisteniu storno špeciál je automaticky dojednané aj bezplatné poistenie nevyužitej cesty,
- možnosť nahlasovania poisťnej udalosti cez telefón, prostredníctvom internetovej stránky poisťovateľa alebo mobilnou aplikáciou.

2.3. Všeobecná charakteristika poistného plnenia

Ak vznikla povinnosť plniť, je poisťovateľ povinný vyplatiť poistné plnenie určené podľa čl. 12 VPP-CP, OPP a podmienok dojednaných v poisťnej zmluve. Poistné plnenie pre jednotlivé poistenia je bližšie špecifikované v čl. 17 až 67 VPP-CP. Hranica poistného plnenia je uvedená v čl. 5 OPP.

2.4. Výluky z poistenia

Škody z plnenia vylúčené sú uvedené v čl. 14 VPP-CP. Ďalšie výluky pre jednotlivé poistenia sú uvedené v čl. 20, čl. 26, čl. 32, čl. 37, čl. 43, čl. 48, čl. 57 a čl. 65 VPP-CP.

2.5. Upozornenie na možnosť sankcií a postihov spojených s poisťným plnením

Poisťovateľ je oprávnený znížiť, zamietnuť alebo odmietnuť poistné plnenie v zmysle čl. 13 VPP-CP. Ďalej je poisťovateľ oprávnený poistné plnenie zamietnuť, a to v zmysle čl. 19 ods. 12) a 13) VPP-CP a poistné plnenie znížiť v zmysle čl. 27 VPP-CP.

Z poistenia zodpovednosti za škodu má poisťovateľ právo na náhradu poskytnutého poistného plnenia v zmysle čl. 39 VPP-CP.

3. Oboznámenie o dôsledkoch nezaplatenia poistného

Poistné podľa uzavretej poisťnej zmluvy v zmysle čl. 4 ods. 1) VPP-CP je splatné pri uzavretí poistenia, ak nie je dojednané inak.

Uzavretie poisťnej zmluvy prostredníctvom prostriedkov diaľkovej komunikácie: návrh poisťnej zmluvy (ďalej len „návrh“) môže poisťník prijať (akceptovať) zaplatením poistného (čl. 5 ods. 1) VPP-CP). Platnosť návrhu zanikne a poistenie na jeho základe nevznikne, ak poistné nebude zaplatené vo výške jednorazového poistného uvedeného v návrhu (riadne), a to v lehote uvedenej v čl. 5 ods. 2) VPP-CP (včas).

4. Doplnkové administratívne služby, ktorých spoplatnenie nie je zahrnuté v poistnom, poplatky s nimi spojené a spôsob sprístupňovania informácií o ich zmene

V prípade zániku poisťnej zmluvy podľa ustanovení čl. 8 ods. 3) a 6) VPP-CP, má poisťovateľ právo na poplatok súvisiaci s nákladmi na správu poisťnej zmluvy (čl. 8 ods. 9) VPP-CP).

5. Podmienky odstúpenia od poisťnej zmluvy a vypovedania poisťnej zmluvy

Podmienky odstúpenia od poisťnej zmluvy alebo vypovedania poisťnej zmluvy sú uvedené v čl. 8 VPP-CP.

6. Spôsob vybavovania sťažností

Poisťovateľ prijíma sťažnosti proti jeho postupu podané ústne alebo písomne. Ústne podanú sťažnosť poisťovateľ zaznamená. Písomnú sťažnosť môže sťažovateľ podať osobne, zaslať poštou na adresu sídla poisťovateľa, prípadne emailom na dialog@allianzsp.sk.

Zo sťažnosti musí byť zrejím dátum jej podania, kto ju podáva, čoho sa týka (predmet sťažnosti) a čoho sa sťažovateľ domáha. Ak je sťažovateľom fyzická osoba, sťažnosť musí obsahovať meno, priezvisko a adresu bydliska fyzickej osoby. Ak je sťažovateľom právnická osoba, sťažnosť musí obsahovať názov alebo obchodné meno a adresu sídla právnickej osoby.

Poisťovateľ je povinný prešetriť sťažnosť a informovať sťažovateľa o spôsobe vybavenia jeho požiadaviek či dôvodoch ich zamietnutia do 30 dní odo dňa jej doručenia. Ak si vybavenie sťažnosti vyžaduje dlhšie obdobie, je možné lehotu podľa predchádzajúcej vety predĺžiť, o čom bude sťažovateľ bezodkladne upovedomený.

V prípade nespokojnosti s vybavením sťažnosti sa sťažovateľ môže obrátiť na Národnú banku Slovenska, ktorá vykonáva dohľad nad činnosťou poisťovateľa.

Upozornenie poisťníka

Informácie uvedené v tomto formulári neobsahujú úplný rozsah práv a povinností, ktorý poisťníkovi vyplýva z uzavretia poisťnej zmluvy a nenahrádzajú informačné povinnosti ustanovené všeobecne záväznými právnymi predpismi pri predaji alebo sprostredkovaní poisťných produktov.

Táto informácia o podmienkach uzavretia poisťnej zmluvy bola schválená dňa 10.03.2014.



Dodatok k poistnej zmluve č. 6625842932

o odvolaní súhlasu na marketingové účely

Poistovateľ: Allianz – Slovenská poisťovňa, a.s.
so sídlom Dostojevského rad 4, 815 74 Bratislava
IČO: 00 151 700
(ďalej len „poistovateľ“)

a

Poistník*:
Poistený, ak je iný ako poistník*:

Titul / Meno a priezvisko: Implementačná agentúra MPSVR SR
Ulica, číslo, PSČ, obec: Špitálska 6, 814 55 Bratislava
Rodné číslo: IČO: 30 854 687
(ďalej len „odvolateľ súhlasu“)

sa dohodli na dodatku k poistnej zmluve, ktorý znie nasledovne:

Čl. 1 Predmet dodatku

Poistovateľ a odvolateľ súhlasu sa dohodli, že odvolateľ súhlasu týmto odvoláva:

- a/ udelený súhlas so spracúvaním svojich osobných údajov na účely marketingu, reklamy a komerčnej komunikácie, v rozsahu: titul, meno, priezvisko, adresa, telefónne číslo, adresa elektronickej pošty,
- b/ udelený súhlas so zasielaním korešpondencie poistovateľa na účely marketingu, reklamy a komerčnej komunikácie formou elektronickej pošty alebo formou služieb krátkych správ.

Čl. 2 Záverečné ustanovenia

1. Tento dodatok k poistnej zmluve je neoddeliteľnou súčasťou poistnej zmluvy.
2. Ostatné časti poistnej zmluvy, vrátane všetkých poistných podmienok týkajúcich sa poistnej zmluvy, ostávajú bez zmeny.

Deň vyhotovenia tohto dodatku: 14.10.2015

Podpis odvolateľa súhlasu

Podpis oprávneného zástupcu
poistovateľa (odtlačok pečiatky)

* nehodiace sa preškrtnite



A 3 R C 8 0 7 8 0 W

TL. č. 8078/...../..201.

Navrhované riešenie z eFUZ, najmä pre interné účely.

Allianz	Cestovné poisť.	6625842932
---------	-----------------	------------

Odovzdávací protokol k Formuláru k uzatváraným zmluvám (ďalej len "eFUZ")

FINCENTRUM – obchodné meno: Fincentrum a.s., adresa sídla: Mlynské Nivy 49/II. 16920, 821 09 Bratislava, Slovenská republika, T: +421 232 118 760, slovensko@fincentrum.com, www.fincentrum.com, IČO: 36 752 606, spoločnosť zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Sa, vložka č.: 4102/B, je v zmysle § 7 Zákona FS a FP na základe povolenia NBS registrovaná v zozname samostatných finančných agentov s registračným číslom 50705 (viď časť I. DEFINÍCIE v prílohe eFUZ).

Údaje o sprostredkovateľovi

Obchodné meno/Priezvisko	Smoroň	Meno	Ladislav	Titul	Ing.
Evidenčné číslo	2111	IČO	43067719	Číslo registrácie NBS	148421
Miesto podnikania/sídlo	Nová Ľubovňa 461, Nová Ľubovňa, 065 11				

Údaje o Klientovi

Obchodné meno	Implementačná agentúra MPSVRIČO SR	30854687	Register a číslo zápisu PO	___
E-mail	martin.ruzicka@ia.gov.sk			

Údaje o Partnerovi

Priezvisko	Ružička	Meno	Martin	Titul	Ing.
Rodné číslo	830124/6250	Doklad totožnosti	OP	Číslo dokladu totožnosti	EB269074
E-mail	martin.ruzicka@ia.gov.sk				

☒ Týmto ako Profesionálny klient (viď časť I. DEFINÍCIE v prílohe eFUZ) žiadam, aby sa so mnou v dotknutých sektoroch sprostredkovania finančných služieb zaobchádzalo ako s Neprofesionálnym klientom (viď časť I. DEFINÍCIE v prílohe eFUZ).

Týmto výslovne vyhlasujem, že som bol(a) oboznámený(á) so všetkými podmienkami príslušnej finančnej služby, s právnymi následkami uzatvorenia príslušnej zmluvy o poskytnutí finančnej služby, ako aj so všetkými dôležitými skutočnosťami týkajúcimi sa uzatváranej zmluvy.

Týmto vyhlasujem, že som bol(a) oboznámený(á) so všetkými príslušnými informáciami v zmysle ustanovení uvedených v eFUZ-e, že eFUZ bol vyplnený výlučne podľa mnou poskytnutých údajov a informácií, že som si celý eFUZ prečítal(a) a doplnené údaje a vyhlásenia skontroloval(a) a s jeho všetkými ustanoveniami súhlasím.

Zároveň podpísaním tohto protokolu potvrdzujem pravdivosť a úplnosť všetkých údajov a vyhlásení uvedených v eFUZ-e, a potvrdzujem, že som vykonal(a) kontrolu správnosti uvedených informácií v eFUZ-e, ktorý mi bol poskytnutý. Vyhlasujem, že som bol(a) zoznámený(á) s účelom a rozsahom spracovania mojich osobných údajov a s mojimi právami v prípade, ak by došlo k porušeniu zákonom vymedzených povinností prevádzkovateľom alebo sprostredkovateľom týchto osobných údajov.

Týmto výslovne žiadam a súhlasím s poskytnutím eFUZ-u a informácií, ktoré sú v ňom obsiahnuté, prípadne súvisiacej zmluvnej dokumentácie a ostatných informácií na inom trvanlivom médiu, a to

☒ v elektronickej verzii na uvedenú e-mailovú adresu v eFUZ-e, a týmto zároveň potvrdzujem, že vyššie uvedený e-mail pravidelne využívam, a taktiež potvrdzujem, že tento e-mail a aj telefónne číslo sú moje, sú aktuálne a pravdivé

Bol som oboznámený(á) s tým, že môžem využiť webový portál Môj šanon (www.mojšanon.sk), prostredníctvom ktorého mi môžu byť sprístupnené všetky dokumenty k poskytovanej službe finančného sprostredkovania.

Zároveň vyhlasujem, že som bol poučený(á) o možnosti vyžiadať si eFUZ a prípadné súvisiace dokumenty od Sprostredkovateľa v listinnej (písomnej) forme.

Podpísaním tohto protokolu čestne vyhlasujem, že som poskytol(a) svoje osobné údaje a ďalšie informácie a vyhlásenia Sprostredkovateľovi v deň spísania eFUZ (viď Dátum spísania eFUZ nižšie), teda **pred uzatvorením zmluvy o poskytnutí finančnej služby** a taktiež čestne vyhlasujem, že celý eFUZ bol spísaný a všetky relevantné informácie mi boli poskytnuté pred uzatvorením zmluvy o poskytnutí finančnej služby.

Miesto spísania eFUZ: Bratislava

Dátum spísania eFUZ: 14/10/2015

Podpis(y) Klienta/Partnera (zákonného(ných) zástupcu(ov), opatrovníka(ov))

Podpis Sprostredkovateľa (resp. FINCENTRA)
(u s.r.o. podpis konateľa/oprávnenej osoby)

Navrhované riešenie z eFUZ, najmä pre interné účely.

Allianz	Cestovné poisť.	6625842932
---------	-----------------	------------

Svojim podpisom na tomto protokole výslovne potvrdzujem prevzatie jedného vyhotovenia eFUZ spôsobom uvedeným vyššie a potvrdzujem, že som vykonal(a) kontrolu správnosti v ňom uvedených údajov a prehlasujem týmito údaje v eFUZ-e za správne.

Podpis(y) Klienta/Partnera (zákonného(ných) zástupcu(ov), opatrovníka(ov))

Podpis Sprostredkovateľa (resp. FINCENTRA)
(u s.r.o. podpis konateľa/oprávnenej osoby)

Odovzdávací protokol k Formuláru k uzatváraným zmluvám (ďalej len "eFUZ")

FINCENTRUM – obchodné meno: Fincentrum a.s., adresa sídla: Mlynské Nivy 49/II. 16920, 821 09 Bratislava, Slovenská republika, T: +421 232 118 760, slovensko@fincentrum.com, www.fincentrum.com, IČO: 36 752 606, spoločnosť zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Sa, vložka č.: 4102/B, je v zmysle § 7 Zákona FS a FP na základe povolenia NBS registrovaná v zozname samostatných finančných agentov s registračným číslom 50705 (viď časť I. DEFINÍCIE v prílohe eFUZ).

Údaje o sprostredkovateľovi

Obchodné meno/Priezvisko	Smoroň	Meno	Ladislav	Titul	Ing.
Evidenčné číslo	2111	IČO	43067719	Číslo registrácie NBS	148421
Miesto podnikania/sídlo	Nová Ľubovňa 461, Nová Ľubovňa, 065 11				

Údaje o Klientovi

Obchodné meno	Implementačná agentúra MPSVRÍČO SR	30854687	Register a číslo zápisu PO	___
E-mail	martin.ruzicka@ia.gov.sk			

Údaje o Partnerovi

Príezvisko	Ružička	Meno	Martin	Titul	Ing.
Rodné číslo	830124/6250	Doklad totožnosti	OP	Číslo dokladu totožnosti	EB269074
E-mail	martin.ruzicka@ia.gov.sk				

☒ Týmto ako Profesionálny klient (viď časť I. DEFINÍCIE v prílohe eFUZ) žiadam, aby sa so mnou v dotknutých sektoroch sprostredkovania finančných služieb zaobchádzalo ako s Neprofesionálnym klientom (viď časť I. DEFINÍCIE v prílohe eFUZ).

Týmto výslovne vyhlasujem, že som bol(a) oboznámený(á) so všetkými podmienkami príslušnej finančnej služby, s právnymi následkami uzatvorenia príslušnej zmluvy o poskytnutí finančnej služby, ako aj so všetkými dôležitými skutočnosťami týkajúcimi sa uzatváranej zmluvy.

Týmto vyhlasujem, že som bol(a) oboznámený(á) so všetkými príslušnými informáciami v zmysle ustanovení uvedených v eFUZ-e, že eFUZ bol vyplnený výlučne podľa mnou poskytnutých údajov a informácií, že som si celý eFUZ prečítal(a) a doplnené údaje a vyhlásenia skontroloval(a) a s jeho všetkými ustanoveniami súhlasím.

Zároveň podpísaním tohto protokolu potvrdzujem pravdivosť a úplnosť všetkých údajov a vyhlásení uvedených v eFUZ-e, a potvrdzujem, že som vykonal(a) kontrolu správnosti uvedených informácií v eFUZ-e, ktorý mi bol poskytnutý. Vyhlasujem, že som bol(a) zoznámený(á) s účelom a rozsahom spracovania mojich osobných údajov a s mojimi právami v prípade, ak by došlo k porušeniu zákonom vymedzených povinností prevádzkovateľom alebo sprostredkovateľom týchto osobných údajov.

Týmto výslovne žiadam a súhlasím s poskytnutím eFUZ-u a informácií, ktoré sú v ňom obsiahnuté, prípadne súvisiacej zmluvnej dokumentácie a ostatných informácií na inom trvanlivom médiu, a to

☒ v elektronickej verzii na uvedenú e-mailovú adresu v eFUZ-e, a týmto zároveň potvrdzujem, že vyššie uvedený e-mail pravidelne využívam, a taktiež potvrdzujem, že tento e-mail a aj telefónne číslo sú moje, sú aktuálne a pravdivé

Bol som oboznámený(á) s tým, že môžem využiť webový portál Môj šanón (www.mojshanon.sk), prostredníctvom ktorého mi môžu byť sprístupnené všetky dokumenty k poskytovanej službe finančného sprostredkovania.

Zároveň vyhlasujem, že som bol poučený(á) o možnosti vyžiadať si eFUZ a prípadné súvisiace dokumenty od Sprostredkovateľa v listinnej (písomnej) forme.

Podpísaním tohto protokolu čestne vyhlasujem, že som poskytol(a) svoje osobné údaje a ďalšie informácie a vyhlásenia Sprostredkovateľovi v deň spísania eFUZ (viď Dátum spísania eFUZ nižšie), teda **pred uzatvorením zmluvy o poskytnutí finančnej služby** a taktiež čestne vyhlasujem, že celý eFUZ bol spísaný a všetky relevantné informácie mi boli poskytnuté pred uzatvorením zmluvy o poskytnutí finančnej služby.

Podpis(y) Klienta/Partnera (zákonného(ných) zástupcu(ov), opatrovníka(ov))

Podpis Sprostredkovateľa (resp. FINCENTRA)
(u s.r.o. podpis konateľa/oprávnenej osoby)

Navrhované riešenie z eFUZ, najmä pre interné účely.

Allianz	Čestovne poisť.	6625842932
---------	-----------------	------------

Svojím podpisom na tomto protokole výslovne potvrdzujem prevzatie jedného vyhotovenia eFUZ spôsobom uvedeným vyššie a potvrdzujem, že som vykonal(a) kontrolu správnosti v ňom uvedených údajov a prehlasujem týmto údaje v eFUZ-e za správne.

Podpis(y) Klienta/Partnera (zákonného(ných) zástupcu(ov), opatrovníka(ov))

Podpis Sprostredkovateľa (resp. FINCENTRA)
(u s.r.o. podpis konateľa/oprávnenej osoby)