

Predbežné číslo poisťnej zmluvy:



Určené pre klienta
Neodovzdávať vytlačené



9810532547

ŠŤASTNÝ ŽIVOT

Poisťovateľ: Allianz – Slovenská poisťovňa, a. s., Pribinova 19, 811 09 Bratislava, IČO: 00 151 700, spoločnosť zapísaná v Obchodnom registri vedenom Mestským súdom Bratislava III, oddiel: Sa, vložka č.: 196/B

POISTNÍK

Rodné číslo/IČO	Miesto narodenia	Štátna príslušnosť	Telefón	Titul pred menom
	Košice	SK		
Priezvisko/obchodné meno	Meno	Titul za menom		
Szakacs	Tibor			
Adresa trvalého pobytu/sídla poistníka/miesta podnikania (ak ide o fyzickú osobu podnikateľa)				
Ulica, súp./or. číslo		Obec, PSČ	Košice - Nad jazerom, 04012	
Vstupný vek	rokov	PEO ¹ (vyplniť v prípade, ak je poistník PEO) ☐		
Email	petra.hlavata@jazerokosice.sk			
Druh dokladu totožnosti	Číslo dokladu totožnosti	Doklad totožnosti vydal	SO ² (vyplniť v prípade, ak je poistník SO) ☐	
OP		Košice		
Zamestnanie	robotník			
Kontaktná adresa (vyplniť iba v prípade, ak je iná ako vyššie uvedená)				
Ulica, súp./or. číslo		Obec, PSČ		

POISTENÁ OSOBA ☒ totožná s poistníkom (ak je totožná, nie je potrebné časť 1. poistená osoba vyplniť)



A3LM529901\$

Verzia AMC: 2023-06-14-R3.4.PSUpdate



TL č. 5299 / AMC web / XII. 2022
číslo strany 1

Ak je splnená podmienka, že celkové bežné poistné za celú poistnú zmluvu je v poistnom roku vo výške aspoň 300 EUR, osobe poistenej poistením R0 sa dojednáva poistenie Telefonická odborná poradiňa (TOP), toto poistenie sa poskytuje ako bonus (t.j. poistné za poistnú zmluvu je bez ďalšieho navýšenia).

POISTENÁ OSOBA

Poistná doba	Poistná suma	Poistné
--------------	--------------	---------

- | Einzelname | Einzelname | Einzelname |
|------------|------------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |

[illegible]

- | | | |
|---|-------------------|-------|
| 5 | 7 000,00 | 5,80 |
| | | |
| 5 | 7 000,00 | 27,60 |
| 5 | 5,00 ⁵ | 22,60 |
| | | |
| | | |

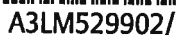
--	--	--

- | | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

- dokladovanie príjmu pri dojednaní poistenia áno

- | | | |
|--------|--------|---|
| 29 dní | 60 dní | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| A | B | C |
| | | |
| | | |

- _____ ¹² _____



Poistenie úveru ¹³

Osobe poistenej poistením úveru sa uzatvára aj Poistenie náhrady poistného pri dlhodobej pracovnej neschopnosti k Poisteniu úveru (NP2), toto poistenie sa poskytuje ako bonus (t.j. poistné za poistnú zmluvu je bez ďalšieho navýšenia). V prípade dvojice poistených osôb je poistenie NP2 poskytnuté obidvom poisteným osobám.

Poistná suma pre poistenie NP2 je vo výške lehotoného poistného za poistenie úveru. Poistná doba poistenia NP2 je zhodná s poistnou dobou poistenia úveru.

- poistenie úveru Comfort (UV1)
(pre jednu poistenú osobu)
 - poistenie úveru Comfort (UV2)³
(pre dvojicu poistených osôb)
 - poistenie úveru Extra (UV3)
(pre jednu poistenú osobu)
 - poistenie úveru Extra (UV4)³
(pre dvojicu poistených osôb)
 - poistenie úveru Max (UV5)
(pre jednu poistenú osobu)
 - poistenie úveru Max (UV6)³
(pre dvojicu poistených osôb)
- riziková skupina ☐

Poistná doba	Poistná suma	Poistné

Celkové bežné poistné pre

1. Poistenú osobu 

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

PRE 1^{POISTENÚ OSOBU}Výška cm Hmotnosť kg

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

MUDr. Helena Dudríková, Maršala Koneva 1, Košice

ÁNO

NIE

- 1) Fajčili ste v posledných 12 mesiacoch cigarety (klasické, elektronické, iné), cigary, fajku alebo ste inak užívali tabak? (ak áno, konkretizujte a uveďte denné množstvo) ☐ ÁNO ☒ NIE
- 2) Ste v súčasnej dobe práceneschopný? (ak áno, uveďte jej dôvod a dátum odkedy) ☐ 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
- 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, zvýšené hodnoty krvných testov (cholesterol, triglyceridy, iné), 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, chrčtice • iné ochorenia, poškodenia ☐ ÁNO ☒ NIE
- 5) Absolvovali ste v minulosti akúkoľvek operáciu alebo cisársky rez (u žien)? Máte v najbližších 6 mesiacoch plánovanú akúkoľvek operáciu? (ak áno, uveďte dôvod, diagnózu, dátum, nemocnicu) ☐ ÁNO ☒ NIE
- 6) Užívate pravidelne lieky? (ak áno, uveďte názov lieku, odkedy, ako často) ☐ 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
- 8) Ste uznaný invalidným alebo žiadali ste o invalidný dôchodok? (ak áno, uveďte dôvod, obdobie od - do, % poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť) ☐ ÁNO ☒ NIE
- 9) Športujete? (ak áno, uveďte šport a spôsob vykonávania - rekreačne, amatérsky, profesionálne, ak v súťažiach, uveďte druh súťaže) ☐ 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
- 11) Ste pravák? na túto otázku odpovedajte iba v prípade dojednaného poistenia trvalých následkov úrazu ☒ ÁNO ☐ NIE

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



A3LM529904%

OPRÁVNENÉ OSOBY

Priezvisko, meno alebo vzťah/obchodné meno	Rodné číslo/IČO	Percento
PRE ☒ POISTENÚ OSOBU	(neuvádzať pri určení vzťahom)	
V zmysle § 817 ods. 2 a 3 Občianskeho zákonníka		100 %
		%
		%
		%
PRE ☐ POISTENÚ OSOBU	(neuvádzať pri určení vzťahom)	
		%
		%
		%
		%
PRE ☐ POISTENÚ OSOBU	(neuvádzať pri určení vzťahom)	
		%
		%
		%
		%
PRE ☐ POISTENÚ OSOBU	(neuvádzať pri určení vzťahom)	
		%
		%
		%
		%
PRE ☐ POISTENÚ OSOBU	(neuvádzať pri určení vzťahom)	
		%
		%
		%
		%
PRE ☐ POISTENÚ OSOBU	(neuvádzať pri určení vzťahom)	
		%
		%
		%
		%

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

Vyhlásenie k poisteniu UN1

Ako ☐ Poistená osoba, zaplacením poistného/odsúhlasením návrhu, vyhlasujem, že k dátumu uzatvorenia poistenia nezamestnanosti a pracovného úrazu s následkom smrti je mojím zamestnávateľom:

Názov/Obchodné meno:

Sídlo/Adresa:



INFORMÁCIE O POISTENÍ

Začiatok poistenia (najskôr nasledujúci deň po dni uzatvorenia zmluvy)

0 1 . 1 1 . 2 0 2 3

Dynamika uzatvorených poistení áno ☒Domácia tarifa ☐

Bežné poistné Poistné obdobie (lehota platenia)

ročné ☐polročné ☒štvrtročné ☐mesačné ☐

Spôsob platenia poistného

Prvé poistné bankovým prevodom ☒Ďalšie poistné 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

65 , 00

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 Poistenie sa uzatvára pre vybranú dvojicu poisťovaných osôb. Poistná suma a poistné k tomuto poisteniu sa uvádzajú len raz. Poistná doba sa uvádza u oboch poisťovaných 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 SMO.
- ⁷ Poistné plnenie bude poskytnuté v súlade s príslušnými článkami Poistných podmienok pre tarifu SA1.
- ⁸ Poistná doba je uvedená v príslušnom článku OPP pre tarifu PN1. Poistná doba sa predlžuje v súlade s príslušným článkom OPP pre tarifu PN1.
- ⁹ Doba trvania poistenia, ak sa poistenie po uplynutí poistnej doby predlžuje v súlade s príslušným článkom OPP pre tarifu PN1.
- ¹⁰ Minimálna doba nepretržitého trvania pracovnej neschopnosti, ktorá je jednou z podmienok na to, aby poistenému vznikol nárok na poistné plnenie.
- ¹¹ Výšku poistného plnenia upravuje príslušný článok OPP pre tarifu IN2.
- ¹² Poistné plnenie bude poskytnuté v súlade s príslušnými článkami OPP pre tarifu UN1.
- ¹³ Pokles poistných súm v čase, v nižšie uvedených tarifikách poistenia úveru, upravujú príslušné články OPP pre jednotlivé tarify poistenia úveru.
- ¹⁴ Poistná doba v tarifikách 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, poistníka a poistených osôb pre prípad úmrtia poistníka a pre prípad úmrtia osoby poistenej poistením R0

Zaplatením poistného/odsúhlasením návrhu poisťovateľa, poistník a poistené osoby vyjadrujú súhlas s tým, že:

- a) v prípade úmrtia poistníka vstupuje na jeho miesto v zmysle § 819 Občianskeho zákonníka tá poistená osoba, ktorá je ku dňu úmrtia poistníka 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.

Vyhlasenie poistníka

Zaplatením poistného/odsúhlasením návrhu 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.

Automatizované individuálne rozhodovanie vrátane profilovania:

Poisťovateľ na účel upisovania rizík a uzatvorenia tejto poistnej zmluvy môže využívať v rámci procesu posúdenia a vyhodnotenia zdravotného stavu program, ktorým vyhodnotí, či na základe Vašich osobných údajov o zdravotnom stave je možné uzatvoriť túto poistnú zmluvu vrátane stanovenia podmienok jej uzatvorenia, a to bez ľudského zásahu oprávnenej osoby poisťovateľa pre upisovanie rizík (ďalej aj ako „automatizované rozhodnutie“).

Dôsledky automatizovaného rozhodnutia:

Automatizovaným rozhodnutím sa postup uzatvorenia tejto poistnej zmluvy zrýchľuje. Dôsledkom automatizovaného rozhodnutia je prijatie do poistenia, stanovenie podmienok pre uzatvorenie poistnej zmluvy (napr. prirážka na poistnom, neprijatie určitého rizika) alebo odmietnutie uzatvorenia poistnej zmluvy, t. j. rovnaké dôsledky, ak by pre daný postup nebolo použité automatizované rozhodnutie, ale ľudský zásah oprávnenej osoby poisťovateľa pre upisovanie rizík.

O Vašich osobitných právach:

V súvislosti s automatizovaným rozhodnutím máte právo na ľudský zásah, t. j. aby oprávnená osoba poisťovateľa pre upisovanie rizík vykonala expertné posúdenie všetkých relevantných údajov a informácií a prípadne zmenila pôvodné rozhodnutie. Rovnako máte právo vyjadriť svoje stanovisko a napadnúť pôvodné rozhodnutie. Uvedené práva môžete uplatniť do jedného mesiaca po uzatvorení tejto poistnej zmluvy.



Súhlas s automatizovaným rozhodnutím:

Označením políčka súhlasu dávam poisťovateľovi dobrovoľný a výslovný súhlas so spracúvaním svojich osobných údajov o mojom zdravotnom stave z príslušnej dokumentácie k poisťnej zmluve (zdravotný dotazník a vyhlásenie k zdravotnému stavu) na účel upisovania rizík a uzatvorenia tejto poisťnej zmluvy v rámci procesu posúdenia a vyhodnotenia môjho zdravotného stavu automatizovanou formou. Tento súhlas udeľujem po dobu 7 dní, najneskôr do rozhodnutia o prijatí alebo neprijatí do poisťenia. Beriem na vedomie: dôsledky automatizovaného rozhodnutia, ktoré sú uvedené v tejto poisťnej zmluve; svoje osobitné práva, ktoré mám v súvislosti s automatizovaným rozhodnutím; právo kedykoľvek tento súhlas odvolať, a to písomným oznámením zaslaným na adresu sídla poisťovateľa alebo iným spôsobom uvedeným na webovom sídle poisťovateľa, pričom odvolať súhlas môžem len po dobu jeho plynutia.

poisťník ☐ 1. poisťená osoba ☐ 2. poisťená osoba ☐ 3. poisťená osoba ☐ 4. poisťená osoba ☐
5. poisťená osoba ☐ 6. poisťená osoba ☐

Poisťovateľ má právo osloviť poisťníka na účely priameho marketingu. Proti používaniu osobných údajov na účely priameho marketingu je možné zo strany poisťníka kedykoľvek namietať.

☐ Ako poisťník označením tohto políčka a zaplatením poisťného/odsúhlasením návrhu namietam proti používaniu osobných údajov na účely priameho marketingu. Zároveň som si vedomý/á toho, že uzatvorením novej poisťnej zmluvy bude poisťovateľ opätovne oprávnený spracúvať osobné údaje na účely priameho marketingu, ak znovu neuvediem svoju námietku.

Súhlas s poskytnutím osobných údajov na marketingové účely:

Pre prípad, ak sa poisťovateľ pri priamom marketingu nemôže spoliehať na svoj oprávnený záujem označením políčka súhlasu a zaplatením poisťného/odsúhlasením návrhu dávam poisťovateľovi súhlas so spracúvaním svojich osobných údajov v rozsahu: titul, meno, priezvisko, dátum narodenia, kontaktná adresa, telefónne číslo, email prípadne iné osobné údaje týkajúce sa zmluvného vzťahu s poisťovateľom za účelom priamej marketingovej a predajnej komunikácie. Tento súhlas udeľujem na dobu počas trvania zmluvného vzťahu s poisťovateľom a po dobu 3 rokov od ukončenia platnosti všetkých mojich zmluvných vzťahov s poisťovateľom. Beriem na vedomie, že tento súhlas má prednosť pred námietkou proti priamemu marketingu, ak som ju doteraz uplatnil/a, a že ho môžem kedykoľvek odvolať.

poisťník ☐ 1. poisťená osoba ☐ 2. poisťená osoba ☐ 3. poisťená osoba ☐ 4. poisťená osoba ☐
5. poisťená osoba ☐ 6. poisťená osoba ☐

Uzatvorenie poisťnej zmluvy:

Poisťná zmluva, na základe tohto návrhu na uzatvorenie poisťnej zmluvy, je uzatvorená (vyznačte 1 možnosť):

☒ **dňom zaplataenia poisťného**, za ktorý sa považuje deň odovzdania príslušnej sumy poisťného v hotovosti oprávnenému zástupcovi poisťovateľa, alebo deň vkladu príslušnej sumy na bankový účet poisťovateľa, alebo deň zadania príkazu na poukázanie poisťného v prospech bankového účtu poisťovateľa, ak na bankový účet poisťovateľa bolo, na základe takeého príkazu alebo podania, poisťné aj pripísané. Na prijatie návrhu na uzatvorenie poisťnej zmluvy je potrebné zaplatiť poisťné najneskôr v lehote 5 kalendárnych dní od dátumu začiatku poisťenia uvedeného v tomto návrhu. V prípade, že poisťné nebude zaplatené najneskôr v lehote 5 kalendárnych dní od dátumu začiatku poisťenia uvedeného v tomto návrhu, platnosť návrhu zanikne, poisťná zmluva nebude uzatvorená a prípadné zaplatené poisťné bude vrátené. V prípade, že poisťné bude zaplatené najneskôr v lehote 5 kalendárnych dní od dátumu začiatku poisťenia uvedeného v tomto návrhu, poisťenie sa vzťahuje aj na dobu pred zaplatením poisťného, t.j. na dobu od dňa začiatku poisťenia uvedeného v tomto návrhu do dňa zaplataenia poisťného.

☐ **dňom jej odsúhlasenia poisťníkom**, za ktorý sa považuje deň, kedy poisťník v linku (hypertextový odkaz na webovú stránku), ktorý mu poisťovateľ zaslal na email uvedený v tomto návrhu, zadal kód, ktorý mu poisťovateľ zaslal na telefónne číslo uvedené v tomto návrhu, a následne klikol na tlačidlo „Akceptovať“. V prípade, ak poisťník a poisťená osoba sú rôzne osoby, poisťnú zmluvu odsúhlasuje každá z týchto osôb osobitne. V takom prípade poisťná zmluva na základe tohto návrhu na uzatvorenie poisťnej zmluvy je uzatvorená dňom jej odsúhlasenia, za ktorý sa považuje deň, kedy poisťník alebo poisťená osoba ako posledný v poradí (t.j. najneskôr zo všetkých týchto osôb) v linku (hypertextový odkaz na webovú stránku), ktorý mu poisťovateľ zaslal na email uvedený v tomto návrhu, zadal kód, ktorý mu poisťovateľ zaslal na telefónne číslo uvedené v tomto návrhu, a následne klikol na tlačidlo „Akceptovať“.

Na prijatie návrhu na uzatvorenie poisťnej zmluvy je potrebné odsúhlasiť návrh najneskôr v deň predchádzajúci dňu, ktorý je v tomto návrhu uvedený ako deň začiatku poisťenia. V prípade, že návrh nebude odsúhlasený najneskôr v deň predchádzajúci dňu začiatku poisťenia uvedeného v tomto návrhu, platnosť návrhu zanikne, poisťná zmluva nebude uzatvorená a prípadné zaplatené poisťné bude vrátené.

Zaplatením poisťného/odsúhlasením návrhu vyhlasujem, že finančné prostriedky, ktoré použijem na zaplataenie poisťného podľa tejto poisťnej zmluvy sú mojím vlastníctvom a uzatvorenie tejto poisťnej zmluvy vykonávam na vlastný účet; ak sú finančné prostriedky vlastníctvom inej osoby alebo uzatvorenie poisťnej zmluvy vykonávam na účet inej osoby, údaje o tejto osobe uvádzam v tejto poisťnej zmluve a zároveň odovzdávam poisťovateľovi aj písomný súhlas tejto osoby na použitie jej finančných prostriedkov alebo na uzatvorenie tejto poisťnej zmluvy na jej účet. Ak počas trvania poisťenia dôjde k zvýšeniu poisťného, 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.

Zaplatením poisťného/odsúhlasením návrhu vyhlasujem potvrdzujem, že som bol pred uzatvorením poisťnej zmluvy oboznámený s obsahom a že som v písomnej forme prevzal informáciu o podmienkach uzatvorenia poisťnej zmluvy - program Šťastný Život a informáciu pre spotrebiteľa pred uzatvorením zmluvy na diaľku. Zaplatením poisťného/odsúhlasením návrhu potvrdzujem, že som bol pred uzatvorením poisťnej zmluvy oboznámený s podmienkami poskytovania zľavy na poisťnom, ktoré sú uvedené v Zmluvných dojednaniach pre program Šťastný Život a na webovom sídle poisťovateľa.

Zaplatením poisťného/odsúhlasením návrhu potvrdzujem, že v prípade uzatvorenia poisťenia denného odškodného z dôvodu pracovnej neschopnosti s dvojnásobným plnením v prípade rakoviny som bol pred uzatvorením poisťnej zmluvy oboznámený o výške poisťného a jej zmenách počas predpokladanej doby trvania tohto poisťenia.

Zaplatením poisťného/odsúhlasením návrhu 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 poisťnej zmluvy upravil výšku poisťného alebo poisťnej sumy v tolerancii +/- 10 % oproti výške uvedenej v tejto poisťnej zmluve v prípade štandardného ocenenia rizík na základe údajov uvedených v tejto poisťnej zmluve.



Elektronická komunikácia (email, telefón):

Uvedením svojho emailu a telefónu v tejto poisťnej zmluve poisťník berie na vedomie, že poisťovateľ a poisťník, ktorý je fyzickou osobou – nepodnikateľom, budú vzájomnú komunikáciu (vrátane dokumentov) týkajúcu sa:

– tejto poisťnej zmluvy; ako aj

– všetkých existujúcich a budúcich poisťných zmlúv poisťníka;

uskutočňovať v elektronickej forme prostredníctvom nástrojov elektronickej komunikácie, ktorými sú email a telefón poisťníka, a email a telefón poisťovateľa v zmysle Všeobecných podmienok elektronickej komunikácie s Allianz – Slovenskou poisťovňou, a. s., (ďalej aj ako „všeobecné podmienky“). Poisťník je povinný oznámiť poisťovateľovi každú zmenu emailu alebo telefónu. Poisťník berie na vedomie, že zánik poistenia podľa tejto poisťnej zmluvy nemá za následok zánik elektronickej komunikácie. Účinky doručenia a ďalšie podmienky, za ktorých sa bude uskutočňovať elektronická komunikácia, vrátane zmeny a zrušenia elektronickej komunikácie, sú uvedené vo všeobecných podmienkach.

V prípade zrušenia Elektronickej komunikácie poisťníkom a potreby zasielania dokumentov v listinnej podobe zo strany poisťovateľa (poštou na korešpondenčnú adresu poisťníka) má poisťovateľ právo spoplatniť takto zasielané dokumenty, a to v súlade so sadzovníkom uverejneným na webovom sídle poisťovateľa.

Žiadosť o uzatvorenie Dohody o zriadení Allianz Konta (Allianz Konto):

Poisťník, ktorý je fyzickou osobou – nepodnikateľom, označením políčka záujmu o zriadenie Allianz Konta a zaplatením poisťného/odsúhlasením návrhu žiada o zriadenie služby Allianz Konta. Návrh dohody o zriadení Allianz Konta (ďalej aj ako „dohoda“) bude po uzatvorení tejto poisťnej zmluvy zaslaný v elektronickej podobe na email poisťníka. Dohoda sa uzatvára vyjadrením súhlasu poisťníka so znením jej návrhu, a to prvým úspešným prihlásením sa do Allianz Konta použitím prihlasovacích údajov zaslaných na email (identifikačný kód) a telefón poisťníka (heslo). Podmienky, za ktorých bude služba Allianz Konto podľa dohody na základe tejto žiadosti poskytovaná, ako aj spôsoby jej zmeny a zrušenia, sú uvedené vo Všeobecných podmienkach elektronickej komunikácie s Allianz – Slovenskou poisťovňou, a. s.

☐ označte v prípade záujmu o zriadenie Allianz Konta

Zaplatením poisťného/odsúhlasením návrhu vyjadrujem súhlas s týmto návrhom poisťnej zmluvy. Zaplatením poisťného/odsúhlasením návrhu potvrdzujem, že všetky odpovede na písomné otázky poisťovateľa, tak ako sú zaznamenané v tomto návrhu poisťnej zmluvy, ako aj všetky uvedené údaje sú úplné, pravdivé a nezamýšľal som žiadnu skutočnosť týkajúcu sa navrhovaného poistenia.

Vyhlasenie poisťníka a poisteného

Zaplatením poisťného/odsúhlasením návrhu vyhlasujem, že som bol pred uzatvorením poisťnej zmluvy oboznámený s obsahom Všeobecných poisťných podmienok pre poistenie osôb schválených 01. 12. 2022 (ďalej len „VPP“), Poisťných 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 poisťného schválených 19. 01. 2015, PP pre poistenie Doktor+ schválených 01. 06. 2016, PP pre poistenie Telefonická odborná porada (TOP) schválených 01. 06. 2016, PP pre poistenie Služba Asistent (SA1) schválených 01. 06. 2016, PP pre poistenie invalidity schválených 13. 04. 2017, PP pre poistenie pracovnej neschopnosti schválených 19. 01. 2015, PP pre poistenie úveru schválených 15. 08. 2022, OPP pre rizikové životné poistenie pre prípad smrti s fixnou poisťnou sumou (R0) schválených 01. 06. 2016, OPP pre rizikové životné poistenie (R3) schválených 01. 06. 2016, OPP pre rizikové životné poistenie s meniacou sa poisťnou sumou pri neúrazovej smrti a s konštantnou poisťnou 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 poisťnou 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 01. 12. 2022, OPP pre poistenie kritických chorôb (1ZN) schválených 01. 12. 2022, 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. 2022, OPP pre poistenie jednorazovej výplaty v prípade invalidity (IN2) schválených 01. 12. 2022, OPP pre poistenie náhrady poisťného pri dlhodobej pracovnej neschopnosti (NP1) schválených 01. 06. 2016, OPP pre poistenie náhrady poisťného pri dlhodobej pracovnej neschopnosti k Poisteniu úveru (NP2), schválených 15. 08. 2022, OPP pre poistenie oslobodenia od platenia poisťného v prípade invalidity (OP3) schválených 01. 12. 2022, OPP pre poistenie úveru Comfort (UV1) schválených 15. 08. 2022, OPP pre poistenie úveru Comfort (UV2) schválených 15. 08. 2022, OPP pre poistenie úveru Extra (UV3) schválených 15. 08. 2022, OPP pre poistenie úveru Extra (UV4) schválených 15. 08. 2022, OPP pre poistenie úveru Max (UV5) schválených 15. 08. 2022, OPP pre poistenie úveru Max (UV6) schválených 15. 08. 2022, 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 01. 12. 2022, OPP pre poistenie chirurgického zákroku dieťaťa (BM1) schválených 01. 12. 2022 a Zmluvnými dojednaniami pre program Šťastný Život, schválených 15. 08. 2022 (ďalej spoločne len poisťné podmienky“).

Zaplatením poisťného/odsúhlasením návrhu vyhlasujem, že som bol pred uzatvorením poisťnej zmluvy oboznámený s obsahom Všeobecných podmienok elektronickej komunikácie s Allianz – Slovenskou poisťovňou, a. s., a súhlasím s ich poskytnutím v podobe, v akej mi poisťovateľ poskytne poisťné podmienky. Všeobecné podmienky elektronickej komunikácie s Allianz – Slovenskou poisťovňou, a. s. sú dostupné na webovom sídle poisťovateľa. Zaplatením poisťného/odsúhlasením návrhu vyhlasujem, že všetky moje odpovede na písomné otázky poisťovateľa týkajúce sa poistenia a zdravotného stavu sú úplné a pravdivé.

Zaplatením poisťného/odsúhlasením návrhu 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 zdravotných dokumentácie, či jej zapožičaniu za účelom prípadných zmien poisťnej zmluvy a za účelom vybavovania poisťných 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 zaplatením poisťného/odsúhlasením návrhu vyhlasujem, že súhlasím s tým, aby poisťovateľ



získoval a prešetroval dôležité skutočnosti, týkajúce sa pracovného úrazu a splnomocňujem všetky orgány činné v konaní o pracovnom úraze k vyhotoveniu dokumentácie za účelom vybavovania poisťnej 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, zaplatením poisťného/odsúhlasením návrhu vyhlasujem, že k dátumu uzatvorenia tohto poistenia sú súčasne splnené všetky nasledovné podmienky:

- a) môj pracovný pomer alebo obdobný pracovnoprávny vzťah sa riadi všeobecne záväzným právnym predpisom Slovenskej republiky a zamestnávateľ má sídlo na území Slovenskej republiky,
- b) mám trvalý pobyt alebo povolenie na prechodný, trvalý alebo dlhodobý pobyt na území Slovenskej republiky,
- c) 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,
- d) môj týždenný pracovný čas je najmenej 30 hodín,
- e) nedal som a ani mi nebola daná výpoveď z pracovného pomeru alebo obdobného pracovnoprávneho vzťahu,
- f) neskončil som so zamestnávateľom pracovný pomer alebo obdobný pracovnoprávny vzťah okamžitým skončením,
- g) neobdržal som od zamestnávateľa a ani som nezaslal zamestnávateľovi návrh na skončenie pracovného pomeru alebo obdobného pracovnoprávneho vzťahu dohodou,
- h) nebolo mi doručené odvolanie zo štátnozamestnaneckého pomeru alebo služobného pomeru,
- i) nepodal som žiadosť o skončenie štátnozamestnaneckého pomeru alebo služobného pomeru,
- j) 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,
- k) nevykonávam podnikateľskú činnosť a nie som jediným členom štatutárneho orgánu alebo dozornej rady obchodnej spoločnosti,
- l) nie som zamestnancom v obchodnej spoločnosti, kde jediným členom štatutárneho orgánu alebo dozornej rady sú mne blízke osoby v zmysle § 116 Občianskeho zákonníka,
- m) nepoberám materské a ani nie som na rodičovskej dovolenke,
- n) nepoberám starobný dôchodok,
- o) nepoberám invalidný dôchodok,
- p) nie som poverený výkonom verejnej funkcie.

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

V prípade uzatvorenia poistenia denného odškodného pri pobyte v nemocnici z dôvodu choroby (15ND) ako poistený v tomto poistení zaplatením poisťného/odsúhlasením návrhu vyhlasujem, 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+ zaplatením poisťného/odsúhlasením návrhu 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 zaplatením poisťného/odsúhlasením návrhu vyhlasujem, 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 nepožiadaval o uvoľnenie z obdobného pracovnoprávneho vzťahu; nie som študentom, žiakom, osobou v domácnosti, nezamestnanou osobou; väzňom; 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 záchrannej 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.

Zaplatením poisťného/odsúhlasením návrhu dávam poisťovateľovi v zmysle § 12 Občianskeho zákonníka súhlas s vyhotovovaním a následným archivovaním zvukových záznamov telefonických hovorov uskutočnených medzi mnou a poisťovateľom v súvislosti s poistením podľa poisťnej zmluvy, a to na technických prostriedkoch umožňujúcich ich zachytenie, zachovanie a reprodukciu. Zaplatením poisťného/odsúhlasením návrhu dávam poisťovateľovi súhlas s tým, aby poisťovateľ použil tieto záznamy a ich kópie pri uplatňovaní práv a povinností z tejto poisťnej zmluvy. Poisťovateľ je oprávnený uchovávať tieto záznamy až do vysporiadania všetkých práv a povinností súvisiacich s poistením podľa poisťnej zmluvy. Poisťovateľ bude tieto záznamy počas doby ich uchovania chrániť pred neoprávneným prístupom tretích osôb.

Zaplatením poisťného/odsúhlasením návrhu 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 poisťná zmluva je v zmysle § 71 ods. 1 platného zákona o poisťovníctve od počiatku neplatná. Zaplatením poisťného/odsúhlasením návrhu potvrdzujem pravdivosť vyhlásenia, že ak v záhlaví poisťnej zmluvy nie je uvedené daňové identifikačné číslo, toto číslo mi nebolo pridelené.

Zaplatením poisťného/odsúhlasením návrhu beriem na vedomie, že poistenia sa považujú za uzatvorené len v prípade, že je vyplnená poisťná suma, poisťná doba a poisťné uvedené pri jednotlivých poisteniach.



V prípade akceptovania čakacej doby v poistení uzatvorenom u iného poisťovateľa, poisťovateľ (Allianz), poisťník a poistená/é osoba/y vyplnia prílohu k tejto poisťnej zmluve, ktorá obsahuje informácie o pôvodnom poistení ako aj osobitné dojednania k akceptácii čakacej doby. Beriem na vedomie, že akceptovaním poisťnej zmluvy sa príloha, ktorú obdržím v písomnej forme, stáva neoddeliteľnou súčasťou poisťnej zmluvy a osobitné dojednania k akceptácii čakacej doby uvedené v prílohe majú prednosť pred ustanoveniami o čakacích dobách v príslušných poisťných podmienkach platných pre poistenie uzatvorené s Allianzom.

Program NutriFit MyLifestyle

Osoba poistená poistením 1ZN označením políčka súhlasu a zaplatením poisťného/odsúhlasením návrhu vyjadruje súhlas tým, že v prípade splnenia podmienok uvedených vo verejnom prísľube poisťovateľa k programu NutriFit MyLifestyle je poistenie 1ZN rozšírené o program NutriFit MyLifestyle. Program NutriFit MyLifestyle poskytuje spoločnosť genEplanet d.o.o., so sídlom Cesta na Poljane 24, 1000 Ljubljana, Slovinsko, IČO: 3277062000 (ďalej len „genEplanet“). Bližšie informácie o programe NutriFit MyLifestyle sú uvedené na webovom sídle poisťovateľa.

Za účelom zabezpečenia inicializačnej komunikácie spoločnosti genEplanet s poistenými osobami pre účely poskytnutia programu NutriFit MyLifestyle a jeho ďalšej realizácie poveril poisťovateľ spoločnosť genEplanet spracúvaním nasledujúcich osobných údajov poistených osôb, ktoré vyjadrili súhlas s rozšírením poistenia 1ZN o program NutriFit MyLifestyle: meno, priezvisko, dátum narodenia, korešpondenčná adresa, email, telefónne číslo a číslo poisťnej zmluvy s uzatvoreným poistením 1ZN.

Súhlas s rozšírením poistenia 1ZN
o program NutriFit MyLifestyle:

1. poistená osoba ☐ 2. poistená osoba ☐ 3. poistená osoba ☐
4. poistená osoba ☐ 5. poistená osoba ☐ 6. poistená osoba ☐

Vyhlasenie finančného agenta

Vyhlasujem, že som osvedčil totožnosť klienta podľa dokladu totožnosti, vykonal a overil identifikáciu klienta a riadne vykonal povinnú starostlivosť vo vzťahu ku klientovi podľa zákona č. 297/2008 Z.z. v znení neskorších predpisov. V prípade pozitívneho zistenia (napr. klient je politicky exponovaná osoba, klient je sankcionovaná osoba a pod.) o tom dokladám príslušnú dokumentáciu.

Deň vyhotovenia návrhu na uzatvorenie poisťnej zmluvy:

2 4 . 1 0 . 2 0 2 3

Allianz – Slovenská poisťovňa, a. s.
Juraj Dlhopolček, MSc.
člen predstavenstva

Allianz – Slovenská poisťovňa, a. s.
Ing. Jozef Paška
člen predstavenstva

Získateľské číslo
finančného agenta 1

00011073

MA číslo spolupracovníka

Telefón

+421903101030

Priezvisko a meno/obchodné meno

Peter Köteles

Priezvisko a meno spolupracovníka

Köteles Peter

Získateľské číslo finančného agenta 2

Email

peter.koteles@os.allianz.sk

Poisťník platí bežné poisťné za prvé poisťné obdobie na bankový účet poisťovateľa číslo: SK53 1100 0000 0026 2000 6701 pod variabilným symbolom, ktorým je predbežné číslo poisťnej zmluvy. Poisťník platí bežné poisťné za ďalšie poisťné obdobia na bankový účet poisťovateľa číslo: SK53 1100 0000 0026 2000 6701 pod variabilným symbolom, ktorým je číslo poisťnej zmluvy.



A3LM529910\$