



# 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	Miesto narodenia	Krajina narodenia	Telefón	Titul pred menom
003321591				
Priezvisko / obchodné meno	Meno		Titul za menom	
Mestský úrad Rajecké Teplice				
Adresa trvalého pobytu / sídla poistníka / miesta podnikania (ak ide o fyzickú osobu podnikateľa)				
Ulica, súp. / or. číslo	Námestie SNP 1/29	Obec, PSČ	Rajecké Teplice, 01313	
Krajina	SK	Štátna príslušnosť	Vstupný vek	rokov PEO* (vyplniť v prípade, ak je poistník PEO)
E-mail pre elektronickú korešpondenciu			@	Heslo
Krajina daňovej rezidencie	SK	DIČ	2020634124	
Druh dokladu totožnosti	Dátum vydania	Dátum konca platnosti	Číslo dokladu totožnosti	Doklad vydal
OP	12.2.2015 * <i>opravil</i> 01.12.2008	12.2.2015		Žilina
Zamestnanie				

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

Ulica, súp. / or. číslo	Obec, PSČ	Krajina

## 2. POISŤENÁ OSOBA

Rodné číslo	Miesto narodenia	Krajina narodenia	Telefón	Titul pred menom
		SK		
Priezvisko	Meno		Titul za menom	
Myšiaková	Zuzana			
Adresa trvalého pobytu				
Ulica, súp. / or. číslo	Obec, PSČ		01313	
Krajina	SK	Štátna príslušnosť	SK	Vstupný vek
E-mail pre elektronickú korešpondenciu			@	Heslo
Krajina daňovej rezidencie	SK	DIČ		
Druh dokladu totožnosti	Dátum vydania	Dátum konca platnosti	Číslo dokladu totožnosti	Doklad vydal
OP	08.06.2007	08.06.2017		OR PZ Žilina
Zamestnanie	vodič profesionálny			

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

Ulica, súp. / or. číslo	Obec, PSČ	Krajina

\* 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 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

Manžel

 100 %


 %


 %

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

**INFORMÁCIE O POISTENÍ**

Deň uzavretia poistnej zmluvy

Začiatok poistenia (najskôr nasledujúci deň po dni uzavretia zmluvy)

Domáca tarifa

1  2 .  0  1 .  2  0  1  6

1  3 .  0  1 .  2  0  1  6

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

Číslo PZ

z inej poistnej zmluvy

v hotovosti

inkasný doklad číslo

inkasovaná suma

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
<input type="checkbox"/> Kapitálové životné poistenie pre prípad dožitia alebo smrti (K1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<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 Osobitných poistných podmienok (ďalej len "OPP") pre rizikové životné poistenie s klesajúcou poistnou sumou (R4).



	Poistná doba v rokoch	Poistná suma (Ročný dôchodok <sup>1)</sup> , Denná dávka <sup>2)</sup> , Mesačná dávka <sup>3)</sup>	Bežné poistné
Riziková skupina <input type="checkbox"/> Prirážka <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Poistenie smrti následkom úrazu (11UP)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Poistenie trvalých následkov úrazu bez progresie (12UP)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<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 (12N)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Poistenie Allianz Best Doctors (BD2)	<input type="text"/>	<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"/> <sup>1)</sup>	<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"/> <sup>2)</sup>	<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"/> <sup>3)</sup>	<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.



	Poistná doba v rokoch	Poistná suma (Ročný dôchodok <sup>1)</sup> , Denná dávka <sup>2)</sup>	Bežné poistné
<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.

### POISTENIA PRE 2. POISTENÚ OSOBU

<input type="checkbox"/> Kapitálové životné poistenie pre prípad dožitia alebo smrti (K1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<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  Prirážka

<input type="checkbox"/> Poistenie smrti následkom úrazu (11UP)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Poistenie trvalých následkov úrazu bez progresie (12UP)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Poistenie trvalých následkov úrazu s progresiou (13UP)	<input type="text" value="16"/>	<input type="text" value="5 000,00"/>	<input type="text" value="22,40"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Poistenie denného odškodného počas nevyhnutného liečenia následkov úrazu (14UP)	<input type="text" value="16"/>	<input type="text" value="5,00"/> *	<input type="text" value="39,70"/>

\* 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 checked="" type="checkbox"/> Poistenie smrti následkom úrazu s dvojnásobným plnením pre účastníka dopravnej nehody (16UP)	<input type="text" value="16"/>	<input type="text" value="5 000,00"/>	<input type="text" value="4,70"/>
<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)	<input type="text"/>	<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"/> 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"/> Poistenie chirurgického zákroku (B1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---	----------------------	----------------------	----------------------



Poistná doba v rokoch Poistná suma (Mesačná dávka<sup>3)</sup> Bežné poistné

Región

Poistenie nezamestnanosti a pracovného úrazu s následkom smrti (UN1)  <sup>3)</sup>

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).

Poistenie Doktor+ (SMO)

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.

Poistenie oslobodenia od platenia poistného v prípade invalidity (OP3)  \*

\* 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 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 poistné  ,

Poistné sumy a poistné sú uvedené v mene EUR.

## ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

### PRE 1. POISTENÚ OSOBU

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

Výška

cm

Hmotnosť

kg

### PRE 2. POISTENÚ OSOBU

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

dr. stredisko Rajecké Teplice

Výška

cm

Hmotnosť

kg

1. Poistená osoba

2. Poistená osoba

ÁNO

NIE

ÁNO

NIE

1) Fajčili ste v posledných 12 mesiacoch cigarety, cigary, fajku alebo ste inak užívali tabak? (ak áno, konkretizujte a uveďte denné množstvo)

2) Ste v súčasnej dobe práceneschopný? (ak áno, uveďte jej dôvod a dátum odkedy)

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)

4) Ste alebo boli ste liečený alebo sledovaný pre nižšie uvedené ochorenia alebo sa u Vás vyskytli ich príznaky: (ak áno, uveďte ochorenie/príznaky, odkedy, súčasný stav)

• ochorenie srdca, ciev, vysoký krvný tlak, mozgová alebo srdcová príhoda

• nádorové ochorenie, ochorenie lymfatických uzlín • ochorenie pľúc a dýchacích ciest,

astma • ochorenie krvi • ochorenie tráviaceho traktu, pečene, pankreasu, poruchy

metabolizmu, cukrovka • ochorenie štítnej žľazy, endokrinného systému • ochorenie

močového a pohlavného systému • AIDS, HIV-pozitivita, hepatitída, TBC; infekčné

ochorenia, ktoré zanechali následky • nervové alebo psychické poruchy; chronický

únnavový 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



A 3 1 M 5 2 2 5 0 5 W

	1. Poistená osoba		2. Poistená osoba	
	ÁNO	NIE	ÁNO	NIE
5) Máte v najbližších 6 mesiacoch plánovanú akúkoľvek operáciu? (ak áno, uveďte dôvod, diagnózu, dátum, nemocnicu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6) Užívate pravidelne lieky? (ak áno, uveďte názov lieku, od kedy, ako často)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7) Vyskytli sa u Vašich rodičov alebo súrodencov pred dosiahnutím veku 60 rokov ochorenia srdca, nádory, mozgová príhoda, skleróza multiplex, polycystické ochorenie obličiek, cukrovka, dedičné ochorenia, Alzheimerova alebo Parkinsonova choroba? <i>na túto otázku odpovedajte iba v prípade dojednaného poistenia kritických chorôb</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Ste uznaný invalidným alebo žiadali ste o invalidný dôchodok? (ak áno, uveďte dôvod, obdobie od - do, % poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 kapitálové životné poistenie (K1) schválených 1.10.2015, 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 Zmluvnými dojednaniami pre program Flexi Život, 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; nedať 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 pravdivosť vyhlásenia, že ak v záhlaví poistnej zmluvy nie je uvedené daňové identifikačné číslo, toto číslo mi nebolo pridelené.

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 prevzatie 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 dojednaní 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 mojím 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. 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 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.





Svojím podpisom na poistnej zmluve súhlasím s tým, aby mi poistné podmienky, ktoré sa vzťahujú na poistenie dojednané touto poistnou zmluvou, poisťovateľ poskytol nasledovným spôsobom:

- v tlačenej podobe pri podpise tejto poistnej zmluvy
- elektronicky na moju e - mailovú adresu uvedenú v tejto poistnej zmluve
- sprístupnením na webovom sídle poisťovateľa www.allianzsp.sk vo formáte pdf, s možnosťou jeho následného stiahnutia alebo tlače.

Svojím podpisom na poistnej zmluve potvrdzujem, že ak som si zvolil poskytnutie poistných podmienok "v tlačenej podobe pri podpise tejto poistnej zmluvy", poistné podmienky mi boli poisťovateľom pri podpise tejto poistnej zmluvy skutočne poskytnuté týmto spôsobom. Beriem na vedomie, že v prípade, ak neoznačím žiadnu z vyššie uvedených možností poskytnutia poistných podmienok, má sa za to, že som si zvolil poskytnutie poistných podmienok sprístupnením na webovom sídle poisťovateľa.

**Vyhlasenie finančného agenta**

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

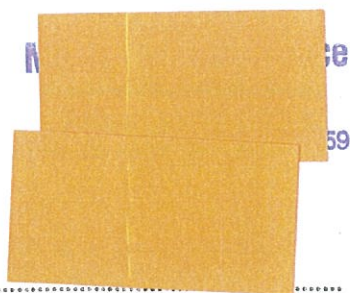
**FATCA vyhlásenie:**

U.S. indícia bola identifikovaná (áno = u osoby bol zistený vzťah k USA, nie = u osoby nebol zistený vzťah k USA)

áno       nie

Osoba, u ktorej bola identifikovaná U.S. indícia      poisťník       poistený       zákonný zástupca       splnomocnenec

Ak dôjde pri vyplňaní poistnej zmluvy k oprave, platné údaje musia byť potvrdené podpisom poisťníka. Ak pri jednotlivých poisteniach nie je vyznačená kolónka, platí, že klient si poistenie nedojednává.  
Táto poistná zmluva je vyhotovená v troch rovnopisoch; jeden pre poisťovateľa, jeden pre poisťníka a jeden pre finančného agenta.



Podpis poisťníka



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



Podpis finančného agenta zastupujúceho poisťovateľa (odtlačok pečiatky)

Získateľské číslo finančného agenta 1

00059751

MA číslo spolupracovníka

Telefón

+421907137847

Priezvisko a meno/obchodné meno

Martin Komolík

Priezvisko a meno spolupracovníka

Komolík Martin

Získateľské číslo finančného agenta 2

/



A 3 1 M 5 2 2 5 0 9 -