

Predbežné číslo poisťnej zmluvy:



Určené pre klienta  
Neodovzdávať vytlačené



9810603750

## ŠŤASTNÝ ŽIVOT

Poisťovateľ:

Allianz - Slovenská poisťovňa, a.s., Pribinova 19, 811 09 Bratislava, IČO: 00 151 700,  
zapísaná v Obchodnom registri vedenom Mestským súdom Bratislava III, Oddiel: Sa, Vložka č.: 196/B

☒ Oprava / doplnenie údajov v poisťnej zmluve

### POISTNÍK

|                                                                                               |                            |                                                          |                                                        |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------|
| Rodné číslo/IČO                                                                               | Miesto narodenia           | Štátna príslušnosť                                       | Telefón                                                | Titul pred menom |
| 00322997                                                                                      |                            | SK                                                       |                                                        |                  |
| Priezvisko/obchodné meno                                                                      | Meno                       |                                                          | Titul za menom                                         |                  |
| Obec Hrabovec nad Laborcom                                                                    |                            |                                                          |                                                        |                  |
| Adresa trvalého pobytu/sídla poistníka/miesta podnikania (ak ide o fyzickú osobu podnikateľa) |                            |                                                          |                                                        |                  |
| Ulica, súp./or. číslo                                                                         | Obec, PSČ                  |                                                          |                                                        |                  |
| Hrabovec nad Laborcom 156                                                                     | Radvaň nad Laborcom, 06701 |                                                          |                                                        |                  |
| Vstupný vek                                                                                   | rokov                      | PEO <sup>1</sup> (vyplniť v prípade, ak je poistník PEO) |                                                        |                  |
|                                                                                               |                            |                                                          |                                                        |                  |
| Email                                                                                         | @                          |                                                          |                                                        |                  |
| obechrabovec                                                                                  | gmail.com                  |                                                          |                                                        |                  |
| Druh dokladu totožnosti                                                                       | Číslo dokladu totožnosti   | Doklad totožnosti vydal                                  | SO <sup>2</sup> (vyplniť v prípade, ak je poistník SO) |                  |
|                                                                                               |                            |                                                          |                                                        |                  |
| Zamestnanie                                                                                   |                            |                                                          |                                                        |                  |
| Kontaktná adresa (vyplniť iba v prípade, ak je iná ako vyššie uvedená)                        |                            |                                                          |                                                        |                  |
| Ulica, súp./or. číslo                                                                         | Obec, PSČ                  |                                                          |                                                        |                  |

### 1. POISTENÁ OSOBA

☐ totožná s poistníkom (ak je totožná, nie je potrebné časť 1. poistená osoba vyplňať)

|                                                                        |                                                                            |                    |                                                        |                  |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------|------------------|
| Rodné číslo                                                            | Vstupný vek                                                                | Štátna príslušnosť | Telefón                                                | Titul pred menom |
|                                                                        | rokov                                                                      | SK                 |                                                        |                  |
| Priezvisko                                                             | Meno                                                                       |                    | Titul za menom                                         |                  |
| Demčák                                                                 | Jaroslav                                                                   |                    |                                                        |                  |
| Adresa trvalého pobytu                                                 |                                                                            |                    |                                                        |                  |
| Ulica, súp. / or. číslo                                                | Obec, PSČ                                                                  |                    |                                                        |                  |
| Email                                                                  | @                                                                          |                    |                                                        |                  |
|                                                                        |                                                                            |                    |                                                        |                  |
| Druh dokladu totožnosti                                                | Číslo dokladu totožnosti                                                   | Zamestnanie        | SO <sup>2</sup> (vyplniť v prípade, ak je poistený SO) |                  |
| OP                                                                     |                                                                            | robotník, stavbár  |                                                        |                  |
| Kontaktná adresa (vyplniť iba v prípade, ak je iná ako vyššie uvedená) |                                                                            |                    |                                                        |                  |
| Ulica, súp. / or. číslo                                                | Obec, PSČ                                                                  |                    |                                                        |                  |
| Zákonný zástupca / opatrovník                                          | je zároveň rodič áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> |                    |                                                        |                  |

### - POISTENÁ OSOBA

|                                                                        |                                                                            |                    |                                                        |                  |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------|------------------|
| Rodné číslo                                                            | Vstupný vek                                                                | Štátna príslušnosť | Telefón                                                | Titul pred menom |
|                                                                        | rokov                                                                      |                    |                                                        |                  |
| Priezvisko                                                             | Meno                                                                       |                    | Titul za menom                                         |                  |
|                                                                        |                                                                            |                    |                                                        |                  |
| Adresa trvalého pobytu                                                 |                                                                            |                    |                                                        |                  |
| Ulica, súp. / or. číslo                                                | Obec, PSČ                                                                  |                    |                                                        |                  |
| Email                                                                  | @                                                                          |                    |                                                        |                  |
|                                                                        |                                                                            |                    |                                                        |                  |
| Druh dokladu totožnosti                                                | Číslo dokladu totožnosti                                                   | Zamestnanie        | SO <sup>2</sup> (vyplniť v prípade, ak je poistený SO) |                  |
|                                                                        |                                                                            |                    |                                                        |                  |
| Kontaktná adresa (vyplniť iba v prípade, ak je iná ako vyššie uvedená) |                                                                            |                    |                                                        |                  |
| Ulica, súp. / or. číslo                                                | Obec, PSČ                                                                  |                    |                                                        |                  |
| Zákonný zástupca / opatrovník                                          | je zároveň rodič áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> |                    |                                                        |                  |



A3LM530001M

Verzia AMC: 2025-03-07-R5.1

ECO TLČ. 5299 / AMC / IV. 2024

## RIZIKOVÉ ŽIVOTNÉ POISTENIE PRE PRÍPAD SMRTI S FIXNOU POISTNOU SUMOU (R0)

☒ Poistená osoba číslo **1** Poistná suma **3 0 0** Poistná doba do veku **8 5** rokov Poistné **9**

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 uzatvára poistenie Telefonická odborná poradňa (TOP), toto poistenie sa poskytuje ako bonus (t.j. poistné za poistnú zmluvu je bez ďalšieho navýšenia).

| VOLITELNÉ POISTENIA                                                                                                                                |                     | 1. POISTENÁ OSOBA                                                        |                                 |                            | POISTENÁ OSOBA                                                           |                                 |                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| Rizikové životné poistenie (smrť)                                                                                                                  |                     | Poistná doba                                                             | Poistná suma                    | Poistné                    | Poistná doba                                                             | Poistná suma                    | Poistné                    |
| - rizikové životné poistenie                                                                                                                       | (R3)                |                                                                          |                                 |                            |                                                                          |                                 |                            |
| - s meniacou sa poistnou sumou (neúrazová smrť)                                                                                                    | (R5)                |                                                                          |                                 |                            |                                                                          |                                 |                            |
| - a s konštantnou poistnou sumou (úrazová smrť)                                                                                                    | (R7) <sup>3</sup>   |                                                                          |                                 |                            |                                                                          |                                 |                            |
| - pre dvojicu osôb                                                                                                                                 | (R8)                |                                                                          |                                 |                            |                                                                          |                                 |                            |
| - s klesajúcou poistnou sumou                                                                                                                      |                     |                                                                          |                                 |                            |                                                                          |                                 |                            |
| <b>Úraz</b>                                                                                                                                        |                     | riziková skupina <b>2</b>                                                |                                 |                            | riziková skupina                                                         |                                 |                            |
| - smrť následkom úrazu s dvojnásobným plnením pre účastníka dopravnej nehody                                                                       | (16UP)              | <b>7</b>                                                                 | <b>7 200,00</b>                 | <b>5,90</b>                |                                                                          |                                 |                            |
| - trvalé následky úrazu bez progresie                                                                                                              | (12UP)              | <b>7</b>                                                                 | <b>7 200,00</b>                 | <b>23,10</b>               |                                                                          |                                 |                            |
|                                                                                                                                                    |                     | prirážka <b>0%</b>                                                       |                                 |                            | prirážka                                                                 |                                 |                            |
| - trvalé následky úrazu s progresiou                                                                                                               | (13UP)              |                                                                          |                                 |                            |                                                                          |                                 |                            |
| - denné odškodné počas liečenia úrazu                                                                                                              | (14UP)              |                                                                          |                                 |                            |                                                                          |                                 |                            |
|                                                                                                                                                    |                     | prirážka                                                                 |                                 |                            | prirážka                                                                 |                                 |                            |
| - denné odškodné pri pobyte v nemocnici                                                                                                            | (15UP)              |                                                                          |                                 |                            |                                                                          |                                 |                            |
| - invalidita následkom úrazu                                                                                                                       | (20UP)              |                                                                          |                                 |                            |                                                                          |                                 |                            |
|                                                                                                                                                    |                     | prirážka                                                                 |                                 |                            | prirážka                                                                 |                                 |                            |
| <b>Choroba</b>                                                                                                                                     |                     |                                                                          |                                 |                            |                                                                          |                                 |                            |
| - kritické choroby Silver                                                                                                                          | (KCH1)              |                                                                          |                                 |                            |                                                                          |                                 |                            |
| - kritické choroby Gold                                                                                                                            | (KCH2)              |                                                                          |                                 |                            |                                                                          |                                 |                            |
| - kritické choroby Platinum                                                                                                                        | (KCH3)              |                                                                          |                                 |                            |                                                                          |                                 |                            |
| - pobyt v nemocnici z dôvodu choroby                                                                                                               | (15ND)              |                                                                          |                                 |                            |                                                                          |                                 |                            |
| - Doktor+                                                                                                                                          | (SMO) <sup>6</sup>  |                                                                          |                                 |                            |                                                                          |                                 |                            |
| - Služba Asistent                                                                                                                                  | (SA1) <sup>7</sup>  |                                                                          |                                 |                            |                                                                          |                                 |                            |
| <b>Choroba / úraz</b>                                                                                                                              |                     |                                                                          |                                 |                            |                                                                          |                                 |                            |
| - pracovná neschopnosť s dvojnásobným plnením (PN1) v prípade rakoviny poistná doba <sup>8</sup> predpokladaná doba trvania poistenia <sup>9</sup> |                     | zamestnanec <input type="checkbox"/> podnikateľ <input type="checkbox"/> |                                 |                            | zamestnanec <input type="checkbox"/> podnikateľ <input type="checkbox"/> |                                 |                            |
| karenčná doba <sup>10</sup> (s plnením od 1. dňa PN)                                                                                               |                     | 29 dní <input type="checkbox"/>                                          | 60 dní <input type="checkbox"/> |                            | 29 dní <input type="checkbox"/>                                          | 60 dní <input type="checkbox"/> |                            |
| (s plnením od 29. dňa PN)                                                                                                                          |                     | 29 dní <input type="checkbox"/>                                          | 60 dní <input type="checkbox"/> |                            | 29 dní <input type="checkbox"/>                                          | 60 dní <input type="checkbox"/> |                            |
| (s plnením od 1. dňa PN)                                                                                                                           |                     | vojak/policajt <input type="checkbox"/>                                  | 60 dní <input type="checkbox"/> |                            | vojak/policajt <input type="checkbox"/>                                  | 60 dní <input type="checkbox"/> |                            |
| dokladovanie príjmu pri dojednaní poistenia                                                                                                        |                     | áno <input type="checkbox"/>                                             |                                 |                            | áno <input type="checkbox"/>                                             |                                 |                            |
| - chirurgický zákrok                                                                                                                               | (B1)                |                                                                          |                                 |                            |                                                                          |                                 |                            |
| - invalidita s dočasným dôchodkom                                                                                                                  | (IN1)               |                                                                          |                                 |                            |                                                                          |                                 |                            |
| - invalidita s jednorazovou výplatou                                                                                                               | (IN2) <sup>11</sup> |                                                                          |                                 |                            |                                                                          |                                 |                            |
| A: nad 40 % do 70 %, plnenie 50 % z PS                                                                                                             |                     | A <input type="checkbox"/>                                               | B <input type="checkbox"/>      | C <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/>                                               | B <input type="checkbox"/>      | C <input type="checkbox"/> |
| nad 70 %, plnenie 100 % z PS                                                                                                                       |                     |                                                                          |                                 |                            |                                                                          |                                 |                            |
| B: nad 40 %, plnenie 100 % z PS                                                                                                                    |                     |                                                                          |                                 |                            |                                                                          |                                 |                            |
| C: nad 70 %, plnenie 100 % z PS                                                                                                                    |                     |                                                                          |                                 |                            |                                                                          |                                 |                            |
| - dlhodobá pracovná neschopnosť                                                                                                                    | (NP1)               |                                                                          |                                 |                            |                                                                          |                                 |                            |
| - oslobodenie od platenia z dôvodu invalidity                                                                                                      | (OP3)               |                                                                          |                                 |                            |                                                                          |                                 |                            |



A3LM529902/



## VOLITELNÉ POISTENIA

## 1. POISTENÁ OSOBA

## POISTENÁ OSOBA

Nezamestnanosť/Pracovný úraz

- nezamestnanosť a smrť následkom  
pracovného úrazu

(UN1)

Poistenie úveru <sup>13</sup>Poistná  
dobaPoistná  
suma

Poistné

región Poistná  
dobaPoistná  
suma

Poistné

región 

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 lehotného poistného za poistenie úveru. Poistná doba poistenia NP2 je zhodná s poistnou dobou poistenia úveru.

- poistenie úveru Silver  
(pre jednu poistenú osobu)

(UV1)

- poistenie úveru Silver  
(pre dvojicu poistených osôb)(UV2)<sup>3</sup>- poistenie úveru Gold  
(pre jednu poistenú osobu)

(UV3)

- poistenie úveru Gold  
(pre dvojicu poistených osôb)(UV4)<sup>3</sup>- poistenie úveru Platinum  
(pre jednu poistenú osobu)

(UV5)

- poistenie úveru Platinum  
(pre dvojicu poistených osôb)(UV6)<sup>3</sup>Poistná  
dobaPoistná  
suma

Poistné

riziková skupina riziková skupina 

Celkové bežné poistné pre

1. Poistenú osobu

38,00

 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.. Čoutková Ingrid, ZS Radvaň nad Laborcom

PRE POISTENÚ OSOBU

Výška  cm Hmotnosť  kg

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1. Poistená osoba                   | Poistená osoba                      | ÁNO                      | NIE                      | ÁNO                      | NIE                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) Fajčili ste v posledných 12 mesiacoch cigarety (klasické alebo elektronické), cigary, fajku alebo ste inak užívali tabak? (ak áno, konkretizujte a uveďte denné množstvo)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Ste v súčasnej dobe práceneschopný? (ak áno, uveďte jej dôvod a dátum odkedy)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Ste alebo boli ste liečení alebo sledovaní pre nižšie uvedené ochorenia alebo sa u Vás vyskytli ich príznaky: (ak áno, uveďte ochorenie/príznaky, odkedy, súčasný stav) • ochorenie srdca, ciev, vysoký krvný tlak, mozgová alebo srdcová príhoda • nádorové ochorenie, ochorenie lymfatických uzlín • ochorenie pľúc a dýchacích ciest, astma • ochorenie krvi • ochorenie tráviaceho traktu, zvýšené hodnoty krvných testov (cholesterol, triglyceridy, iné), pečene, pankreasu, poruchy metabolizmu, cukrovka • ochorenie štítnej žľazy, endokrinného systému • ochorenie močového a pohlavného systému • AIDS, HIV-pozitívita, hepatitída, TBC; infekčné ochorenia, ktoré zanechali následky • nervové alebo psychické poruchy; chronický únavový syndróm • liečba v dôsledku 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 | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Užívate pravidelne lieky? (ak áno, uveďte názov lieku, odkedy, ako často)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input 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? na túto otázku odpovedajte iba v prípade dojednaného poistenia kritických chorôb                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <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 checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) Športujete? (ak áno, uveďte šport a spôsob vykonávania - rekreačne, amatérsky, profesionálne, ak v súťažiach, uveďte druh súťaže)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10) Ste vystavený zvláštnym nebezpečenstvám pri pracovných alebo iných činnostiach, napr. silné žiarenie, výbušniny, potápanie, parašutizmus, rýchlostné preteky, súkromné a športové lety, horolezectvo, poľovníctvo, jazda na motocykli a pod.? (ak áno, konkretizujte druh činnosti a ako často za rok sa činnosti venujete)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11) Ste pravák? na túto otázku odpovedajte iba v prípade dojednaného poistenia trvalých následkov úrazu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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



A3LM529904%



## OPRÁVNENÉ OSOBY

Priezvisko, meno alebo vzťah/obchodné meno

Rodné číslo/IČO

Percento

PRE ☒ POISTENÚ OSOBU

Anton Kulan

(neuvádzať pri určení vzťahom)

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, podpisom poistnej zmluvy, vyhlasujem, že k dátumu uzatvorenia poistenia nezamestnanosti a pracovného úrazu s následkom smrti je mojím zamestnávateľom:

Názov/Obchodné meno: .....

Sídlo/Adresa: .....

Ako ☐ Poistená osoba, podpisom poistnej zmluvy, vyhlasujem, že k dátumu uzatvorenia poistenia nezamestnanosti a pracovného úrazu s následkom smrti je mojím zamestnávateľom:

Názov/Obchodné meno: .....

Sídlo/Adresa: .....

Ako ☐ Poistená osoba, podpisom poistnej zmluvy, vyhlasujem, že k dátumu uzatvorenia poistenia nezamestnanosti a pracovného úrazu s následkom smrti je mojím zamestnávateľom:

Názov/Obchodné meno: .....

Sídlo/Adresa: .....

Ako ☐ Poistená osoba, podpisom poistnej zmluvy, vyhlasujem, že k dátumu uzatvorenia poistenia nezamestnanosti a pracovného úrazu s následkom smrti je mojím zamestnávateľom:

Názov/Obchodné meno: .....

Sídlo/Adresa: .....



A3LM5299050

## INFORMÁCIE O POISTENÍ

Začiatok poistenia (najskôr nasledujúci deň po dni uzatvorenia zmluvy)

2 5 . 0 3 . 2 0 2 5

Dynamika uzatvorených poistení áno ☒Domácia tarifa ☐

Bežné poistné

Poistné obdobie (lehota platenia)

ročné ☐polročné ☒štvrtročné ☐mesačné ☐

Spôsob platenia poistného

Prvé poistné bankovým prevodom ☒z inej poistnej zmluvy ☐Číslo PZ 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".

38 , 00

Celkové bežné poistné za celú poistnú zmluvu

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 poistovaných osôb. Poistná suma a poistné k tomuto poisteniu sa uvádzajú len raz. Poistná doba sa uvádza u oboch poistovaných 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.

## Program NutriFit MyLifestyle

Osoba poistená poistením KCH2 alebo KCH3 označením políčka súhlasu v tejto časti vyjadruje súhlas s tým, že v prípade splnenia podmienok uvedených vo verejnom príslube poisťovateľa k programu NutriFit MyLifestyle je poistenie KCH2 alebo KCH3 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 KCH2 alebo KCH3 o program NutriFit MyLifestyle: meno, priezvisko, dátum narodenia, korešpondenčná adresa, email, telefónne číslo a číslo poistnej zmluvy s uzatvoreným poistením KCH2 alebo KCH3.

Súhlas s rozšírením poistenia KCH2 alebo KCH3 o program NutriFit MyLifestyle:

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

A3LM5299061



**Vyhlásenie 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.

**Dátum opravy/doplnenia údajov v poisťnej zmluve**

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 4 | . | 0 | 3 | . | 2 | 0 | 2 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Podpis poisťníka

Podpis 1. poistenej osoby alebo jej zákonného zástupcu, ak sú iní ako poisťník

Podpis 2. poistenej osoby alebo jej zákonného zástupcu, ak je iný ako poisťník alebo 1. poistená osoba

Podpis 3. poistenej osoby alebo jej zákonného zástupcu, ak je iný ako poisťník alebo 1. poistená osoba

Podpis 4. poistenej osoby alebo jej zákonného zástupcu, ak je iný ako poisťník alebo 1. poistená osoba

Podpis 5. poistenej osoby alebo jej zákonného zástupcu, ak je iný ako poisťník alebo 1. poistená osoba

Podpis 6. poistenej osoby alebo jej zákonného zástupcu, ak je iný ako poisťník alebo 1. poistená osoba

Podpis finančného agenta zastupujúceho poisťovateľa (odtlačok pečiatky)

Získateľské číslo  
finančného agenta 1

Priezvisko a meno/obchodné meno

Zlatica Mindářová

MA číslo spolupracovníka

Priezvisko a meno spolupracovníka

Mindářová Zlatica

Telefón

+421907994880

Získateľské číslo finančného agenta 2

/

Email

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



A3LM5299072

9810603750

Podpis oprávneného zástupcu  
poisťovateľa (odtlačok pečiatky)



## Informácie o zamestnaní a príjme:

## POISTNÍK

|                        |                            |     |
|------------------------|----------------------------|-----|
| Obchodné meno          | Obec Hrabovec nad Laborcom | IČO |
| Zamestnanie            |                            |     |
| Posledné zamestnanie*  |                            |     |
| Zamestnávateľ*         |                            |     |
| Mesačný hrubý príjem** | EUR                        |     |

## 1. POISTENÁ OSOBA

|                        |                   |                 |
|------------------------|-------------------|-----------------|
| Meno a priezvisko      | Jaroslav Demčák   | Dátum narodenia |
| Zamestnanie            | robotník, stavbár |                 |
| Posledné zamestnanie*  |                   |                 |
| Zamestnávateľ*         |                   |                 |
| Mesačný hrubý príjem** | 200               | EUR             |

## Vysvetlivky:

\* vyplniť v prípade, ak je poistník alebo poistená osoba: nezamestnaný, dôchodca bez pracovného pomeru, rodič na materskej alebo rodičovskej dovolenke (uviesť posledné zamestnanie a posledného zamestnávateľa)

\*\* v prípade, ak je poistník alebo poistená osoba: nezamestnaný, dôchodca bez pracovného pomeru, rodič na materskej alebo rodičovskej dovolenke, uviesť mesačný hrubý príjem z posledného zamestnania

# Súhlas so spracúvaním osobných údajov

v zmysle zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov (ďalej len ako „Súhlas“)

## 1. Prevádzkovateľ

Spoločnosť Allianz – Slovenská poisťovňa a. s., so sídlom Pribinova 19, 811 09 Bratislava, zapísaná v Obchodnom registri Mestského súdu Bratislava III, oddiel Sa, vložka č. 196/B, IČO: 00 151 700 (ďalej ako „Prevádzkovateľ“) je prevádzkovateľom osobných údajov spracúvaných na marketingové účely v zmysle ustanovení zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov (ďalej ako „Zákon“) a Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (ďalej ako „GDPR“).

## 2. Účel a rozsah spracúvania

Účelom spracúvania osobných údajov sú činnosti marketingovej komunikácie Prevádzkovateľa voči dotknutým osobám na základe udeleného Súhlasu so spracúvaním osobných údajov. Prevádzkovateľ môže dotknuté osoby kontaktovať s marketingovou komunikáciou prostredníctvom emailu, SMS alebo iným podobným spôsobom.

Prevádzkovateľ bude na tento účel spracúvať osobné údaje dotknutých osôb v rozsahu meno a priezvisko, dátum narodenia, adresu, telefónne číslo, email a v prípade zmluvného vzťahu s prevádzkovateľom tiež osobné údaje týkajúce sa zmluvného vzťahu.

## 3. Doba uchovávania

Prevádzkovateľ bude na horeuvedený účel spracúvať osobné údaje dotknutých osôb po dobu 3 rokov od udelenia Súhlasu alebo v prípade zmluvného vzťahu s Prevádzkovateľom po dobu trvania zmluvného vzťahu a následne 3 roky po jeho ukončení.

## 4. Práva dotknutých osôb

Dotknuté osoby majú v zmysle ustanovení § 21 až 28 Zákona a čl. 15 až 22 GDPR právo:

- na prístup k osobným údajom a právo získať potvrdenie o tom, či o vás spracúvame osobné údaje, a ak áno, aké osobné údaje spracúvame, na aký účel, po akú dobu a ďalšie podrobnosti týkajúce sa najmä prevádzkovateľov, sprostredkovateľov a iných subjektov, ktorým môžu byť tieto údaje poskytnuté,
- kedykoľvek odvolať svoj súhlas, ak sú vaše osobné údaje spracúvané na základe vášho súhlasu,
- žiadať opravu alebo aktualizáciu vašich osobných údajov tak, aby boli vždy presné a aktuálne,
- na výmaz vašich osobných údajov, ak už nie sú potrebné na horeuvedené účely,
- na obmedzenie spracúvania vašich osobných údajov, napríklad v prípade, keď ste spochybnili správnosť vašich osobných údajov, a to počas obdobia, ktoré nám umožňuje overiť ich správnosť,
- získať vaše osobné údaje v elektronickej podobe, ktoré ste nám poskytli, a to pre vás alebo pre nového poisťovateľa,
- podať sťažnosť u nás a/alebo na Úrad na ochranu osobných údajov Slovenskej republiky.

Udelenie Súhlasu dotknutých osôb na spracúvanie osobných údajov na vyššie uvedené účely je dobrovoľné. Dotknuté osoby môžu svoj Súhlas kedykoľvek odvolať doručením písomného odvolania súhlasu Prevádzkovateľovi alebo prostredníctvom postupu uvedeného na webovom sídle Prevádzkovateľa. Odvolanie Súhlasu je účinné dňom jeho doručenia. Prevádzkovateľ nevykonáva v súvislosti s horeuvedeným účelom automatizované rozhodovanie vrátane profilovania.

Ďalšie informácie ohľadom spracúvania osobných údajov Prevádzkovateľom nájdete dotknuté osoby na [webovom sídle Prevádzkovateľa](#).