

Predbežné číslo poisťnej zmluvy:



Určené pre klienta
Neodovzdávať vytlačené



9810606802

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

POISTNÍK

Rodné číslo/IČO	Miesto narodenia	Štátna príslušnosť	Telefón	Titul pred menom
00322997		SK	+421915711211	
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	Hrabovec nad Laborcom, 06701			
Vstupný vek	PEO ¹ (vyplniť v prípade, ak je poistník PEO)			
Email	@			
obechrabovec	gmail.com			
Druh dokladu totožnosti	Číslo dokladu totožnosti	Doklad totožnosti vydal	SO ² (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
I	rokov			
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 ² (vyplniť v prípade, ak je poistený SO)	
OP	I	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 ☐ nie ☐			

- 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 ² (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 ☐ nie ☐			



A3LM529901\$

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

ECO TLČ. 5299 / AMC / IV. 2024

VOLITELNÉ POISTENIA

1. POISTENÁ OSOBA

POISTENÁ OSOBA



VOLITELNÉ POISTENIA

Nezamestnanosť/Pracovný úraz

- nezamestnanosť a smrť následkom
pracovného úrazu

(UN1)

Poistenie úveru ¹²

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

1. POISTENÁ OSOBA

POISTENÁ OSOBA

Poistná doba	Poistná suma	Poistné	Poistná doba	Poistná suma	Poistné
región			región		

- poistenie úveru Silver (pre jednu poistenú osobu) (UV1)
- poistenie úveru Silver (pre dvojicu poistených osôb) (UV2)³
- poistenie úveru Gold (pre jednu poistenú osobu) (UV3)
- poistenie úveru Gold (pre dvojicu poistených osôb) (UV4)³
- poistenie úveru Platinum (pre jednu poistenú osobu) (UV5)
- poistenie úveru Platinum (pre dvojicu poistených osôb) (UV6)³

Poistná doba	Poistná suma	Poistné	Poistná doba	Poistná suma	Poistné
riziková skupina			riziková skupina		

Celkové bežné poistné pre

1. Poistenú osobu **39,80** ☐ Poistenú osobu



A3LM529903+

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

PRE 1. POISTENÚ OSOBU

Výška cm Hmotnosť kg

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

Mudr. Ingrid Čoutková, 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) ☐ ☒ ☐ ☐
- 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, zvýšené hodnoty krvných testov (cholesterol, triglyceridy, iné), pečene, pankreasu, poruchy metabolizmu, cukrovka • ochorenie štítnej žľazy, endokrinného systému • ochorenie močového a pohlavného systému • AIDS, HIV-pozitivita, hepatitída, TBC, infekčné ochorenia, ktoré zanechali následky • nervové alebo psychické poruchy; chronický únavový syndróm • liečba v dôsledku užívania alkoholu, liekov, drog alebo inej závislosti, prip. odporúčenie na liečbu • poškodenie alebo ochorenie očí, uší • neuritída, ischias, reumatizmus, artritída, dna, psoriáza, ochorenie alebo poškodenie svalov, kostí, kĺbov, chrčtice • iné ochorenia, poškodenia ☐ ☒ ☐ ☐
- 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) ☐ ☒ ☐ ☐
- 6) Užívate pravidelne lieky? (ak áno, uveďte názov lieku, odkedy, ako často) ☐ ☒ ☐ ☐
- 7) Vyskytli sa u Vašich rodičov alebo súrodencov pred dosiahnutím veku 60 rokov ochorenia srdca, nádory, mozgová príhoda, skleróza multiplex, polycystické ochorenie obličiek, cukrovka, dedičné ochorenia, Alzheimerova alebo Parkinsonova choroba? na túto otázku odpovedajte iba v prípade dojednaného poistenia kritických chorôb ☐ ☒ ☐ ☐
- 8) Ste uznaný invalidným alebo žiadali ste o invalidný dôchodok? (ak áno, uveďte dôvod, obdobie od - do, % poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť) ☐ ☒ ☐ ☐
- 9) Športujete? (ak áno, uveďte šport a spôsob vykonávania - rekreačne, amatérsky, profesionálne, ak v súťažiach, uveďte druh súťaže) ☐ ☒ ☐ ☐
- 10) Ste vystavený zvláštnym nebezpečenstvám pri pracovných alebo iných činnostiach, napr. silné žiarenie, výbušniny, potápanie, parašutizmus, rýchlostné preteky, súkromné a športové lety, horolezectvo, poľovníctvo, jazda na motocykli a pod.? (ak áno, konkretizujte druh činnosti a ako často za rok sa činnosti venujete) ☐ ☒ ☐ ☐
- 11) Ste pravák? na túto otázku odpovedajte iba v prípade dojednaného poistenia trvalých následkov úrazu ☐ ☐ ☐ ☐
- Ak ste na niektorú z otázok odpovedali „ÁNO“, uveďte, prosíme, číslo otázky a všetky podrobnosti podľa pokynov uvedených pri otázke.



A3LM529904%

Priezvisko, meno alebo vzťah/obchodné meno

PRE ☒ POISTENÚ OSOBU

Rodné číslo/IČO

Percento

Kulan Anton

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

Názov/Obchodné meno:

Sídlo/Adresa:

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

Názov/Obchodné meno:

Sídlo/Adresa:

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

Názov/Obchodné meno:

Sídlo/Adresa:

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

Názov/Obchodné meno:

Sídlo/Adresa:



A3LM5299050

INFORMÁCIE O POISTENÍ

Začiatok poistenia (najskôr nasledujúci deň po dni uzatvorenia zmluvy)

1 0 . 0 4 . 2 0 2 5

Dynamika uzatvorených poistení áno ☐Domácia tarifa ☐ročné ☐ polročné ☒štvrtročné ☐ mesačné ☐

Bežné poistné

Poistné obdobie (lehota platenia)

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".

39 , 80

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.

4 Poistná doba sa uvádza u oboch poistovaných osôb.

5 Pokles poistnej sumy v čase upravuje príslušný článok OPP pre tarifu R8.

6 Limit poistnej sumy určujúci výšku poistného plnenia pri následkoch vybraných úrazov je uvedený v príslušnom ustanovení OPP pre tarifu 14UP.

7 Poistné plnenie bude poskytnuté v súlade s príslušnými článkami Poistných podmienok pre tarifu SMO.

8 Poistné plnenie bude poskytnuté v súlade s príslušnými článkami Poistných podmienok pre tarifu SA1.

9 Poistná doba je uvedená v príslušnom článku OPP pre tarifu PN1. Poistná doba sa predlžuje v súlade s príslušným článkom OPP pre tarifu PN1.

10 Doba trvania poistenia, ak sa poistenie po uplynutí poistnej doby predlžuje v súlade s príslušným článkom OPP pre tarifu PN1.

11 Minimálna doba nepretržitého trvania pracovnej neschopnosti, ktorá je jednou z podmienok na to, aby poistenému vznikol nárok na poistné plnenie.

12 Výšku poistného plnenia upravuje príslušný článok OPP pre tarifu IN2.

13 Poistné plnenie bude poskytnuté v súlade s príslušnými článkami OPP pre tarifu UN1.

14 Pokles poistných súm v čase, v nižšie uvedených tarifiach poistenia úveru, upravujú príslušné články OPP pre jednotlivé tarify poistenia úveru.

15 Poistná doba v tarifiach 11UM, 12UM, 13UM, 14UM, 15UM, 15NM, ZN6, BM1, SMO a SA1 končí uplynutím dňa, ktorý predchádza výročnému dňu v kalendárnom roku, v ktorom poistené dieťa dovŕši vek 25 rokov.

Dohoda poisťovateľa, poistníka a poistených osôb pre prípad úmrtia poistníka a pre prípad úmrtia osoby poistenej poistením R0

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

- a) v prípade úmrtia poistníka vstupuje na jeho miesto v zmysle § 819 Občianskeho zákonníka tá poistená osoba, ktorá je ku dňu úmrtia poistníka najstaršia zo všetkých poistených osôb na tejto poistnej zmluve.
- b) v prípade úmrtia osoby poistenej poistením R0 bude týmto poistením poistená tá poistená osoba, ktorej rok narodenia je rovnaký alebo vyšší, ako rok narodenia osoby, ktorá bola v rámci poistnej zmluvy ako prvá poistená poistením R0.
- Ak uvedenú podmienku spĺňa viacero poistených osôb, poistením R0 bude poistená najstaršia spomedzi týchto poistených osôb, ktorá zároveň spĺňa limit maximálneho vstupného veku 70 rokov.

Vyhlásenie poistníka

Zaplatením poistného/odsúhlasením návrhu vyhlasujem, že mi boli poskytnuté informácie vyplývajúce z platných právnych predpisov upravujúcich ochranu osobných údajov. Uvedené informácie sú uvedené v poistných podmienkach ako aj na webovom sídle poisťovateľa. Beriem na vedomie, že mám právo požiadať poisťovateľa o poskytnutie týchto informácií v úplnom znení v tlačenej podobe. Pre prípad, že som uviedol osobné údaje inej osoby, zároveň potvrdzujem, že táto osoba mi udelila predchádzajúci písomný súhlas so spracúvaním svojich osobných údajov poisťovateľom na účely podľa platného zákona o poisťovníctve a som si vedomý toho, že som povinný preukázať poisťovateľovi kedykoľvek a jeho žiadosť, že disponujem uvedeným písomným súhlasom tejto osoby.

Poisťovateľ má na základe oprávneného záujmu právo osloviť poistníka na účely priameho marketingu. Proti používaniu osobných údajov na účely priameho marketingu môže poistník kedykoľvek namietať.

Automatizované individuálne rozhodovanie vrátane profilovania:

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

Dôsledky automatizovaného rozhodnutia:

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

O Vašich osobitných právach:

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



A3LM5299061

Súhlas s automatizovaným rozhodnutím:

Označením políčka súhlasu v tejto časti zmluvy dávam poisťovateľovi dobrovoľný a výslovný súhlas so spracúvaním svojich osobných údajov o mojom zdravotnom stave z príslušnej dokumentácie k poisťnej zmluve (zdravotný dotazník a vyhlásenie k zdravotnému stavu) na účel upisovania rizík a uzatvorenia tejto poisťnej zmluvy v rámci procesu posúdenia a vyhodnotenia môjho zdravotného stavu automatizovanou formou. Tento súhlas udeľujem po dobu 7 dní, najneskôr do rozhodnutia o prijatí alebo neprijatí do poistenia. Beriem na vedomie:

dôsledky automatizovaného rozhodnutia, ktoré sú uvedené v tejto poisťnej zmluve;

svoje osobitné práva, ktoré mám v súvislosti s automatizovaným rozhodnutím;

právo kedykoľvek tento súhlas odvolať, a to písomným oznámením zaslaným na adresu sídla poisťovateľa alebo iným spôsobom uvedeným na webovom sídle poisťovateľa, pričom odvolať súhlas môžem len po dobu jeho plynutia.

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

Súhlas s poskytnutím osobných údajov na marketingové účely:

Označením políčka súhlasu v tejto časti zmluvy a zaplacením poisťného / odsúhlasením návrhu udeľujem poisťovateľovi súhlas so spracúvaním svojich osobných údajov v rozsahu: titul, meno, priezvisko, dátum narodenia, kontaktná adresa, telefónne číslo, email a osobné údaje súvisiace s poistením. Súhlas je platný 3 roky alebo počas trvania poistenia a 3 roky po skončení jeho platnosti. Poisťovateľ Vás môže kontaktovať prostredníctvom emailu, sms alebo podobnou formou správ. Súhlas môžete kedykoľvek písomne odvolať zaslaním odvolania na adresu poisťovateľa alebo iným spôsobom uvedeným na webovom sídle poisťovateľa.

Všetko o marketingovej komunikácii nájdete v Súhlase so spracúvaním osobných údajov.

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

Uzatvorenie poisťnej zmluvy:

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

- ☐ dňom zaplatenia poisťného, za ktorý sa považuje deň vkladu príslušnej sumy na bankový účet poisťovateľa, alebo deň zadania príkazu na poukázanie poisťného v prospech bankového účtu poisťovateľa, ak na bankový účet poisťovateľa bolo na základe takého príkazu alebo podania, poisťné aj pripísané. Na prijatie návrhu na uzatvorenie poisťnej zmluvy je potrebné zaplatiť poisťné najneskôr v lehote 5 kalendárnych dní od dátumu začiatku poistenia uvedeného v tomto návrhu. V prípade, že poisťné nebude zaplatené najneskôr v lehote 5 kalendárnych dní od dátumu začiatku poistenia uvedeného v tomto návrhu, platnosť návrhu zanikne, poisťná zmluva nebude uzatvorená a prípadné zaplatené poisťné bude vrátené. V prípade, že poisťné bude zaplatené najneskôr v lehote 5 kalendárnych dní od dátumu začiatku poistenia uvedeného v tomto návrhu, poistenie sa vzťahuje aj na dobu pred zaplacením poisťného, t. j. na dobu od dňa začiatku poistenia uvedeného v tomto návrhu do dňa zaplatenia poisťného.
- ☒ dňom jej odsúhlasenia poisťníkom, za ktorý sa považuje deň, kedy poisťník v linku (hypertextový odkaz na webovú stránku), ktorý mu poisťovateľ zaslal na email uvedený v tomto návrhu, zadal kód, ktorý mu poisťovateľ zaslal na telefónne číslo uvedené v tomto návrhu, a následne klikol na tlačidlo „Akceptovať“. V prípade, ak poisťník a poistená osoba (alebo zákonný zástupca / súdom určený zástupca takejto osoby) sú rôzne osoby, poisťnú zmluvu odsúhlasuje každá z týchto osôb osobitne. V takom prípade poisťná zmluva na základe tohto návrhu na uzatvorenie poisťnej zmluvy je uzatvorená dňom jej odsúhlasenia, za ktorý sa považuje deň, kedy poisťník alebo poistená osoba (alebo zákonný zástupca / súdom určený zástupca takejto osoby) ako posledný v poradí (t. j. najneskôr zo všetkých týchto osôb) v linku (hypertextový odkaz na webovú stránku), ktorý mu poisťovateľ zaslal na email uvedený v tomto návrhu, zadal kód, ktorý mu poisťovateľ zaslal na telefónne číslo uvedené v tomto návrhu, a následne klikol na tlačidlo „Akceptovať“. Na prijatie návrhu na uzatvorenie poisťnej zmluvy je potrebné odsúhlasiť návrh najneskôr v deň predchádzajúci dňu, ktorý je v tomto návrhu uvedený ako deň začiatku poistenia. V prípade, že návrh nebude odsúhlasený najneskôr v deň predchádzajúci dňu začiatku poistenia uvedeného v tomto návrhu, platnosť návrhu zanikne, poisťná zmluva nebude uzatvorená a prípadné zaplatené poisťné bude vrátené.

Zaplacením poisťného/odsúhlasením návrhu vyhlasujem, že finančné prostriedky, ktoré použijem na zaplatenie poisťného podľa tejto poisťnej zmluvy sú mojim vlastníctvom a uzatvorenie tejto poisťnej zmluvy vykonávam na vlastný účet; ak sú finančné prostriedky vlastníctvom inej osoby alebo uzatvorenie poisťnej zmluvy vykonávam na účet inej osoby, údaje o tejto osobe uvádzam v tejto poisťnej zmluve a zároveň odovzdávam poisťovateľovi aj písomný súhlas tejto osoby na použitie jej finančných prostriedkov alebo na uzatvorenie tejto poisťnej zmluvy na jej účet. Ak počas trvania poistenia dôjde k zvýšeniu poisťného, zaväzujem sa odovzdať poisťovateľovi bez zbytočného odkladu písomné vyhlásenie o finančných prostriedkoch a pokiaľ budú finančné prostriedky vlastníctvom inej osoby, predložím aj písomný súhlas tejto osoby na ich použitie, spolu s osobnými údajmi o tejto osobe.

Zaplacením poisťného/odsúhlasením návrhu potvrdzujem, že som bol pred uzatvorením poisťnej zmluvy oboznámený s obsahom a že som v písomnej forme prevzal Informáciu o podmienkach uzatvorenia poisťnej zmluvy - program Štátny Život a Informáciu pre spotrebiteľa pred uzatvorením zmluvy na diaľku.

Zaplacením poisťného/odsúhlasením návrhu potvrdzujem, že som bol pred uzatvorením poisťnej zmluvy oboznámený s podmienkami poskytovania zľavy na poisťnom, ktoré sú uvedené v Zmluvných dojednaniach pre program Štátny Život a na webovom sídle poisťovateľa.



A3LM5299072

Zaplatením poistného/odsúhlasením návrhu potvrdzujem, že v prípade uzatvorenia poistenia denného odškodného z dôvodu pracovnej neschopnosti s dvojnásobným plnením v prípade rakoviny som bol pred uzatvorením poistnej zmluvy oboznámený o výške poistného a jej zmenách počas predpokladanej doby trvania tohto poistenia. Zaplatením poistného/odsúhlasením návrhu potvrdzujem, že som bol oboznámený a zároveň som obdržal v písomnej forme údaje v zmysle ustanovenia § 792a zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov. Zároveň beriem na vedomie a výslovne súhlasím s tým, aby poisťovateľ v lehote do dvoch mesiacov odo dňa uzatvorenia 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.

Elektronická komunikácia (email, telefón):

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

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

Žiadosť o uzatvorenie Dohody o zriadení služby Môj Allianz

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

☐ označte v prípade záujmu o zriadenie služby Môj Allianz

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

Vyhlasenie poisťníka a poisteného

Zaplatením poistného/odsúhlasením návrhu vyhlasujem, že som bol pred uzatvorením poistnej zmluvy oboznámený s obsahom Všeobecných poistných podmienok pre poistenie osôb schválených 30. 05. 2023 (ďalej len „VPP“), Poistných podmienok (ďalej len „PP“) pre životné poistenie schválených 30. 05. 2023, PP pre úrazové poistenie schválených 30. 05. 2023, PP pre poistenie nezamestnanosti schválených 15. 03. 2017, PP pre poistenie denného odškodného z dôvodu pracovnej neschopnosti schválených 30. 05. 2023, PP pre poistenie chirurgického zákroku schválených 30. 05. 2023, PP pre poistenie oslobodenia od platenia poistného 15. 04. 2024, PP pre poistenie pobytu v nemocnici schválených 30. 05. 2023, PP pre poistenie Telefonická odborná poradaňa (TOP) schválených 30. 05. 2023, PP pre poistenie Doktor+ schválených 30. 05. 2023, PP pre poistenie invalidity schválených 01. 06. 2016, PP pre poistenie Služba Asistent (SA1) schválených 01. 06. 2016, PP pre poistenie úveru schválených 30. 05. 2023, 30. 05. 2023, PP pre poistenie pracovnej neschopnosti schválených 30. 05. 2023, PP pre poistenie rizikové životné poistenie (R3) schválených 01. 06. 2016, OPP pre rizikové životné poistenie s meniacou sa poistnou sumou pri neúrazovej smrti a s konštantnou poistnou sumou pri úrazovej smrti (R5) schválených 01. 06. 2016, OPP pre rizikové životné poistenie pre prípad smrti pre dvojicu osôb (R7) schválených 01. 06. 2016, OPP pre rizikové životné poistenie s klesajúcou poistnou sumou (R8) schválených 02. 10. 2017, OPP pre poistenie trvalých následkov úrazu bez progresie (12UP) schválených 01. 06. 2016, OPP pre poistenie trvalých následkov úrazu s progresiou (13UP) schválených 25. 05. 2018, OPP pre poistenie denného odškodného počas nevyhnutného liečenia následkov úrazu (14UP) schválených 01. 06. 2016, OPP pre poistenie denného odškodného pri pobyte v nemocnici z dôvodu úrazu (15UP) schválených 25. 05. 2018, OPP pre poistenie smrti následkom úrazu s dvojnásobným plnením pre účastníka dopravnej nehody (16UP) schválených 01. 06. 2016, OPP pre poistenie invalidity následkom úrazu (20UP) schválených 01. 12. 2017, OPP pre poistenie denného odškodného pri pobyte v nemocnici z dôvodu choroby (15ND) schválených 01. 06. 2016, OPP pre poistenie chirurgického zákroku (B1) schválených 01. 12. 2022, OPP pre poistenie kritických chorôb - balíky Silver (KCH1), Gold (KCH2) a Platinum (KCH3) schválených 15. 04. 2024, OPP pre poistenie denného odškodného z dôvodu pracovnej neschopnosti s dvojnásobným plnením v prípade rakoviny (PN1) schválených 15. 01. 2018, OPP pre poistenie nezamestnanosti a pracovného úrazu s následkom smrti (UN1) schválených 15. 03. 2017, OPP pre poistenie dočasného dôchodku v prípade invalidity (IN1) schválených 01. 12. 2022, OPP pre poistenie jednorazovej výplaty v prípade invalidity (IN2) schválených 01. 12. 2022, OPP pre poistenie náhrady poistného pri dlhodobej pracovnej neschopnosti (NP1) schválených 01. 06. 2016, OPP pre poistenie náhrady poistného pri dlhodobej pracovnej neschopnosti k Poisteniu úveru (NP2), schválených 15. 08. 2022, OPP pre poistenie oslobodenia od platenia poistného v prípade invalidity (OP3) schválených 01. 12. 2022, OPP pre poistenie úveru Silver (UV1) schválených 15. 04. 2024, OPP pre poistenie úveru Silver (UV2) schválených 15. 04. 2024, OPP pre poistenie úveru Gold (UV3) schválených 15. 04. 2024, OPP pre poistenie úveru Gold (UV4) schválených 15. 04. 2024, OPP pre poistenie úveru Platinum (UV5) schválených 15. 04. 2024, OPP pre poistenie úveru Platinum (UV6) schválených 15. 04. 2024, OPP pre poistenie smrti dieťaťa následkom úrazu (11UM) schválených 01. 10. 2015, OPP pre poistenie trvalých následkov úrazu dieťaťa bez progresie (12UM)



A3LM5299083

schválených 01. 06. 2016, OPP pre poistenie trvalých následkov úrazu dieťaťa s progresiou (13UM) schválených 25. 05. 2018, OPP pre poistenie denného odškodného počas nevyhnutného liečenia následkov úrazu dieťaťa (14UM) schválených 01. 06. 2016, OPP pre poistenie denného odškodného pri pobyte v nemocnici z dôvodu úrazu dieťaťa (15UM) schválených 25. 05. 2018, OPP pre poistenie denného odškodného pri pobyte v nemocnici z dôvodu choroby (15NM) schválených 01. 06. 2016, OPP pre poistenie kritických chorôb dieťaťa (ZN6) schválených 15. 04. 2024, OPP pre poistenie chirurgického zákroku dieťaťa (BM1) schválených 01. 12. 2022 a Zmluvnými dojednaniami pre program Šťastný Život, schválených 15. 04. 2024 (ďalej spoločne len poistné podmienky).

Zaplatením poistného/odsúhlasením návrhu vyhlasujem, že som bol pred uzatvorením poistnej zmluvy oboznámený s obsahom Všeobecných podmienok elektronickej komunikácie s Allianz - Slovenskou poisťovňou, a.s. a súhlasím s ich poskytnutím v podobe, v akej mi poisťovateľ poskytne poistné podmienky. Všeobecné podmienky elektronickej komunikácie s Allianz - Slovenskou poisťovňou, a.s. sú dostupné na webovom sídle poisťovateľa.

Zaplatením poistného/odsúhlasením návrhu vyhlasujem, že všetky moje odpovede na písomné otázky poisťovateľa týkajúce sa poistenia a zdravotného stavu sú úplné a pravdivé.

Zaplatením poistného/odsúhlasením návrhu vyhlasujem, že súhlasím s tým, aby poisťovateľ zisťoval a prešetroval môj zdravotný stav u všetkých lekárov, v zdravotníckych za riadeniach a v zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť, v ktorých som sa liečil, liečim sa alebo sa budem liečiť. Splnomocňujem lekára, zdravotnícke zariadenia a zariadenia poskytujúce zdravotnú starostlivosť k vyhotoveniu lekárskeho správy, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, či jej zapožičaniu za účelom prípadných zmien poistnej zmluvy a za účelom vybavovania po istných udalosti i na dobu po mojej smrti. Zároveň zbavujem povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči poisťovateľovi všetkých lekárov, ktorí ma liečia, liečili ma alebo ma budú liečiť, alebo s ktorými konzultujem, konzultoval som alebo budem konzultovať svoj zdravotný stav. V súvislosti s uzatvorením poistenia nezamestnanosti a pracovného úrazu s následkom smrti zaplatením poistného/odsúhlasením návrhu 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.

Ako poistený v poistení nezamestnanosti a pracovného úrazu s následkom smrti, zaplatením poistného/odsúhlasením návrhu vyhlasujem, že k dátumu uzatvorenia tohto poistenia sú súčasne splnené všetky nasledovné podmienky:

- 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,
- môj pracovný pomer alebo obdobný pracovnoprávny vzťah trvá najmenej 12 bezprostredne po sebe idúcich mesiacov, je uzatvorený na dobu neurčitú a nie som v skúšobnej dobe,
- môj týždenný pracovný čas je najmenej 30 hodín,
- nedal 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,
- nebolo mi doručené odvolanie zo štátnozamestnaneckého pomeru alebo služobného pomeru,
- nepodal som žiadosť o skončenie štátnozamestnaneckého pomeru alebo služobného pomeru,
- nemám vedomosť o tom, že patrí do okruhu osôb, s ktorými by mohol byť skončený pracovný pomer podľa § 63 ods. 1 písm. a) až c) Zákonníka práce,
- nevykonávam podnikateľskú činnosť a nie som jediným členom štatutárneho orgánu alebo dozornej rady obchodnej spoločnosti,
- nie som zamestnancom v obchodnej spoločnosti, kde jediným členom štatutárneho orgánu alebo dozornej rady sú mne blízke osoby v zmysle § 116 Občianskeho zákonníka,
- nepoberám materské a ani nie som na rodičovskej dovolenke,
- nepoberám starobný dôchodok,
- nepoberám invalidný dôchodok,
- nie som poverený výkonom verejnej funkcie.

Týmto beriem na vedomie a výslovne súhlasím s tým, že poisťovateľ pri vzniku poistnej udalosti má právo na vyžiadanie potvrdenia posledného zamestnávateľa o výške vymeriavacích základov na účely nároku na dávku v nezamestnanosti za účelom úpravy poistného plnenia tak, aby výška mesačnej dávky neprevyšila 75 % priemerného mesačného vymeriavacieho základu poistenia v nezamestnanosti Sociálnej poisťovne. V prípade uzatvorenia poistenia denného odškodného pri pobyte v nemocnici z dôvodu choroby (15ND) ako poistený v tomto poistení zaplatením poistného/odsúhlasením návrhu vyhlasujem, že k dátumu uzatvorenia tohto poistenia mám trvalý pobyt, prechodný pobyt, resp. povolenie na takýto pobyt na území Slovenskej republiky. V prípade, ak je toto vyhlásenie nepravdivé, beriem na vedomie, že toto poistenie nevzniklo.

V prípade uzatvorenia poistenia Doktor+, ako poistený v poistení Doktor+ zaplatením poistného/odsúhlasením návrhu potvrdzujem, že k dátumu uzatvorenia tohto poistenia nie som invalidný dôchodca s poklesom schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 70 % a nie som žiadateľom o invalidný dôchodok.

V prípade uzatvorenia poistenia denného odškodného z dôvodu pracovnej neschopnosti s dvojnásobným plnením v prípade rakoviny, ako poistený v tomto poistení zaplatením poistného/odsúhlasením návrhu vyhlasujem, že k dátumu uzatvorenia tohto poistenia mám príjem zo závislej činnosti uvedený v § 5 zákona o dani z príjmov (ak som zamestnanec alebo osoba v obdobnom pracovnoprávnom vzťahu) alebo príjem z podnikania a z inej samostatnej zárobkovej činnosti uvedený v § 6 zákona o dani z príjmov (ak som podnikateľ); môj pracovný pomer alebo obdobný pracovnoprávny vzťah sa riadi všeobecne záväzným právnym predpisom Slovenskej republiky a zamestnávateľ alebo organizačná zložka zamestnávateľa má sídlo na území Slovenskej republiky; som poistený nemocenským poistením alebo nemocenským zabezpečením podľa všeobecne záväzných právnych predpisov Slovenskej republiky; nie som zamestnancom pracujúcim na základe dohôd o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru; nedal som a ani mi nebola daná výpoveď z pracovného pomeru alebo nebol som prepustený z obdobného pracovnoprávneho vzťahu; neskončil som so zamestnávateľom pracovný pomer alebo obdobný pracovnoprávny vzťah okamžitým skončením; neobdržal som od zamestnávateľa a ani som nezaslal zamestnávateľovi návrh na skončenie pracovného pomeru dohodou alebo nepožiadaval o uvoľnenie z obdobného pracovnoprávneho vzťahu; nie som študentom, žiakom, osobou v domácnosti, nezamestnanou osobou; vážnom; samostatne zárobkovou činnou osobou, ktorá neplatí povinné ani dobrovoľné nemocenské poistenie do Sociálnej poisťovne; nepoberám materské a ani nie som na rodičovskej dovolenke; nepoberám starobný dôchodok



alebo výsluhový dôchodok, invalidný dôchodok alebo invalidný výsluhový dôchodok; nepoberám výlučne opatrovateľský príspevok od štátu alebo opce; nie som príslušníkom Hasičského a záchranného zboru, príslušníkom Horskej záchrannej služby, príslušníkom Slovenskej informačnej služby, príslušníkom Národného bezpečnostného úradu, príslušníkom Zboru väzenskej a justičnej stráže, ani ozbrojeným príslušníkom finančnej správy.

Ak som študent, žiak, osoba v domácnosti, osoba poberajúca materské, osoba na rodičovskej dovolenke, osoba poberajúca starobný dôchodok alebo osoba poberajúca výsluhový dôchodok a mám súčasne príjem podľa § 5 alebo § 6 zákona o dani z príjmov, beriem na vedomie, že sa na účely poistenia denného odškodného z dôvodu pracovnej neschopnosti s dvojnásobným plnením v prípade rakoviny považujem za poistiteľnú osobu.

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

Zaplatením poistného/odsúhlasením návrhu vyhlasujem, že nie som osobou s osobitným vzťahom k poisťovateľovi v zmysle platného zákona o poisťovníctve. V prípade, ak je toto vyhlásenie nepravdivé, beriem na vedomie, že táto poistná zmluva je v zmysle § 71 ods. 1 platného zákona o poisťovníctve od počiatku neplatná. Zaplatením poistného/odsúhlasením návrhu potvrdzujem pravdivosť vyhlásenia, že ak v záhlaví poistnej zmluvy nie je uvedené daňové identifikačné číslo, toto číslo mi nebolo pridelené.

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

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

Program NutriFit MyLifestyle

Osoba poistená poistením KCH2 alebo KCH3 označením políčka súhlasu a zaplatením poistného/odsúhlasením návrhu vyjadruje súhlas s tým, že v prípade splnenia podmienok uvedených vo verejnom prisľube 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 vyjadрили 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 ☐

Vyhlásenie finančného agenta

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

Deň vyhotovenia návrhu na uzatvorenie poistnej zmluvy:

0 9 . 0 4 . 2 0 2 5

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

Allianz - Slovenská poisťovňa, a.s.
Mag. Robert Altfahrt-Riedler
člen predstavenstva

Získateľské číslo
finančného agenta 1

MA číslo spolupracovníka

Telefón

Email

Priezvisko a meno/obchodné meno

Zlatica Mindárová

Priezvisko a meno spolupracovníka

Mindárová Zlatica

Získateľské číslo finančného agenta 2

/

Poistník 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 poistnej zmluvy. Poistník platí bežné poistné za ďalšie poistné obdobia na bankový účet poisťovateľa číslo: SK53 1100 0000 0026 2000 6701 pod variabilným symbolom, ktorým je číslo poistnej zmluvy.



A3LM529910\$

Informácie o zamestnaní a príjme:

POISTNÍK

Obchodné meno	Obec Hrabovec nad Laborcom	
Zamestnanie		IČO
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**	500		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