

Predbežné číslo poisťovej zmluvy:



9812004172

Allianz 
Slovenská poisťovňa

ID - kód
nevpisovať

FLEXI ŽIVOT

Poisťovateľ:

Allianz - Slovenská poisťovňa, a.s., Dostojevského rad 4, 815 74 Bratislava, IČO: 00 151 700, IČ DPH: SK2020374862,
zapísaná v obch. registri Okresného súdu Bratislava I, odd.: Sa vložka č. 196/B

POISŤNÍK - 1. POISŤENÁ OSOBA

Rodné číslo / IČO	35984643	Telefón	
Priezvisko / obchodné meno	Špeciálna základná škola		
Meno		Titul pred menom	
		Titul za menom	
Adresa trvalého pobytu / sídla poisťníka			
Ulica	Novozámocká	Súp.č.	Or.č. 11
Obec	Banská Štiavnica	PSČ	96901
E-mail pre elektronickú korešpondenciu			
@		Heslo	
Zamestnanie			
Štátna príslušnosť	SR	Muž <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/>	Vstupný vek 0 rokov
			Politicky exponovaná osoba * (vyplniť v prípade, ak je poisťník politicky exponovanou osobou)
Druh dokladu totožnosti	Občiansky preukaz	Číslo dokladu totožnosti	9812004172
Kontaktná adresa (vyplniť iba v prípade, ak je iná ako vyššie uvedená)			
Ulica		Súp.č.	Or.č.
Obec		PSČ	

2. POISŤENÁ OSOBA

Rodné číslo	00000000	Telefón	
Priezvisko	XXXXXXXXXX		
Meno	XXXXXXXXXX	Titul pred menom	
		Titul za menom	
Adresa trvalého pobytu			
Ulica	XXXXXXXXXX	Súp.č.	Or.č. XXXX
Obec	Banská Štiavnica	PSČ	96901
E-mail pre elektronickú korešpondenciu			
@		Heslo	
Zamestnanie	pedagóg v špeciálnej škole		
Štátna príslušnosť		Muž <input type="checkbox"/> Žena <input checked="" type="checkbox"/>	Vstupný vek 24 rokov
			Politicky exponovaná osoba * (vyplniť v prípade, ak je poistený politicky exponovanou osobou)
Druh dokladu totožnosti	Občiansky preukaz	Číslo dokladu totožnosti	EB996227

* Politicky exponovaná osoba v zmysle § 6 zákona č. 297/2008 Z. z. v znení neskorších predpisov.

OPRÁVNENÉ OSOBY [Priezvisko, meno (obchodné meno), rodné číslo (IČO) alebo vzťah k poistenému a príslušné percento.]

PRE 1. POISŤENÚ OSOBU

Priezvisko, meno alebo vzťah / obchodné meno	Rodné číslo / IČO (neuvádzať pri určení vzťahom)	Percento
		%
		%
		%



PRE 2. POISTENÚ OSOBU

Priezvisko, meno alebo vzťah / obchodné meno

Neuvádzam

Rodné číslo / IČO (neuvádzaj pri určení vzťahom)

Percento

%

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

INFORMÁCIE O POISTENÍ

Deň uzavretia poistnej zmluvy

05 . 10 . 2012

Začiatok poistenia (najskôr nasledujúci deň po dni uzavretia zmluvy)

06 . 10 . 2012

Domacia tarifa

Bežné poistné

Lehota platenia ročná polročná štvrtročná mesačná

Jednorazové poistné

Dynamika dojednaných poistení

áno

Spôsob platenia poistného

Prvé poistné

poštovým peňažným poukazom bankovým prevodom z inej PZ Číslo PZ

v hotovosti inkasný doklad číslo 3 3 3

inkasovaná suma

Ďalšie poistné

poštovým peňažným poukazom bankovým prevodom inkasom z účtu Predčíslenie

Číslo účtu

Kód banky

Neoddeliteľnou súčasťou tejto poistnej zmluvy je / sú jej príloha / prílohy:

- a) príloha č. 1 „Poistenia pre 1. POISTENÚ OSOBU - POISTNÍKA“ v prípade, že sa touto poistnou zmluvou poistuje len poistník,
- b) príloha č. 2 „Poistenia pre 2. POISTENÚ OSOBU“ v prípade, že sa poistná zmluva uzatvára v prospech inej osoby ako poistníka a súčasne poistník nie je poistený touto poistnou zmluvou, alebo
- c) príloha č. 1 „Poistenia pre 1. POISTENÚ OSOBU - POISTNÍKA“ a príloha č. 2 „Poistenia pre 2. POISTENÚ OSOBU“ v prípade, že sa touto poistnou zmluvou poistujú 2 osoby: poistník a ďalšia osoba, iná ako poistník.

Ak v prílohách pri jednotlivých poisteniach nie je vyznačená kolónka, platí, že klient si poistenie nedojednáva.

Rekapitulácia poistného

- za poistenia pre 1. poistenú osobu podľa podmienok uvedených v prílohe č. 1
- za poistenia pre 2. poistenú osobu podľa podmienok uvedených v prílohe č. 2

bežné / jednorazové poistné v EUR

bežné / jednorazové poistné v EUR 20 , 60

Celkové bežné / jednorazové poistné v EUR 20 , 60

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

PRE 1. POISTENÚ OSOBU

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

PRE 2. POISTENÚ OSOBU

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

MUDr. Višnovská Banská Štiavnica

1. Poistená osoba

2. Poistená osoba

Výška Hmotnosť Výška Hmotnosť
 cm kg 155 cm 65 kg

ÁNO NIE

ÁNO NIE

- 1) Fajčili ste v posledných 12 mesiacoch cigarety, cigary, fajku alebo ste inak užívali tabak? (ak áno, konkretizujte a uveďte denné množstvo)
- 2) Pijete alkoholické nápoje? (ak áno, uveďte denné množstvo a druh alkoholu)
- 3) Ste v súčasnej dobe práceneschopný? (ak áno, uveďte jej dôvod a dátum odkedy)
- 4) Ste v súčasnej dobe liečený alebo lekársky sledovaný pre nejaké ochorenie? (ak áno, uveďte ochorenia a dátum odkedy)
- 5) Utrpeli ste niekedy úraz? (ak áno, uveďte aký úraz, kedy, dĺžku a spôsob liečby, následky úrazu)
- 6) Boli ste v posledných 10 rokoch vyšetrovaný, liečený, operovaný, hospitalizovaný v nemocnici, absolvovali ste pobyt v sanatóriu, kúpeľoch? (ak áno, uveďte z akého dôvodu, kedy, súčasný stav)
- 7) Boli ste liečení, vyskytli sa u Vás príznaky: (uveďte ochorenie/príznaky, odkedy, súčasný stav)
 - ochorenie srdca, ciev, krvi, vysoký krvný tlak, diabetes, ochorenie pľúc a dýchacích ciest, alergija, nervové alebo psychické poruchy, nádorové ochorenia, ochorenie lymfatických uzlín, mŕtvica
 - ochorenie tráviaceho traktu, poruchy metabolizmu, štítnej žľazy, pečene, močového a pohlavného systému, chronický únavový syndróm
 - neuritída, ischias, reumatizmus, artritída, dna, psoriáza, ochorenie alebo poškodenie svalov, kostí, kĺbov, chrčtice, poškodenie alebo porucha očí a uší
 - iné ochorenia, poškodenia
- 8) Absolvovali ste konzultáciu s lekárom alebo ste sa podrobili vyšetrovaniu alebo liečbe v súvislosti s AIDS, pohlavnými chorobami, infekčnými ochoreniami, TBC? (ak áno, uveďte druh vyšetrovania, výsledok, následnú liečbu, obdobie)

1. Poistená osoba

2. Poistená osoba

- 9) Boli ste niekedy odporúčaný, alebo ste sa podrobili liečbe v dôsledku užívania alkoholu, liekov, drog, alebo inej závislosti?
- 10) Ste v súčasnej dobe tehotná? (ak áno, uveďte týždeň tehotenstva, či je tehotenstvo rizikové a výsledok posledného vyšetrenia)
- 11) Absolvovali ste konzultáciu alebo vyšetrenia u lekára za účelom podrobnejšieho lekárskeho zákroku, operácií? Máte plánovaný zákrok/operáciu? (ak áno, uveďte dôvod, diagnózu, dátum, nemocnicu a meno lekára)
- 12) Užívate pravidelne lieky? (ak áno, uveďte názov lieku, od kedy, ako často)
- 13) Vyskytli sa u Vašich rodičov alebo súrodencov ochorenia srdca, krvného obehu, vysoký krvný tlak, nádory, mŕtvica, skleróza multiplex, TBC, ochorenie obličiek, psychické poruchy, cukrovka, epilepsia, nervové a dedičné ochorenia, Alzheimerova alebo Parkinsonova choroba? (zahŕňa iba rodičov, ktorí zomreli pred dosiahnutím veku 65 rokov alebo žijú a sú k dátumu dojednávania poistenia mladší ako 60 rokov a do tohto veku im bolo diagnostikované dané ochorenie); na túto otázku odpovedajte iba v prípade dojednávania kritických chorôb
- 14) Poberali ste /poberáte/žiadali ste o invalidný dôchodok? (ak áno, uveďte dôvod, obdobie od-do, % poklesu pracovnej schopnosti)
- 15) Športujete? (ak áno, uveďte šport a spôsob vykonávania, napr. rekreačne, amatérsky, profesionálne, ak v súťažiach, uveďte druh súťaže)
- 16) Ste vystavený zvláštnym nebezpečenstvám pri pracovných alebo iných činnostiach, napr. silné žiarenie, výbušniny, potápanie, parašutizmus, rýchlostné preteky, sikromné a športové lety, horolezectvo a pod.? (ak áno, konkretizujte druh činnosti)
- 17) Máte už dojednané poistenie v bývalej Allianz poisťovni, a.s. alebo Slovenskej poisťovni, a.s., prípadne Allianz - Slovenskej poisťovni, a.s.? (ak áno, uveďte typ poistenia)
- 18) Ste právak? (na túto otázku odpovedajte iba v prípade dojednávania trvalých následkov úrazu)

	ÁNO	NIE	ÁNO	NIE
9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Vyhlasenie poistníka a poisteného
 Vyhlasujem, že som bol pred uzavretím poistnej zmluvy oboznámený s obsahom a že som prevzal všeobecné poistné podmienky pre poistenie osôb (ďalej len „VPP“). Poistné podmienky pre: životné poistenie, úrazové poistenie, poistenie nezamestnanosti, poistenie úletého zarábku pri pracovnej neschopnosti, poistenie chirurgického zákroku, poistenie kritických chorôb, poistenie pobytu v nemocnici, poistenie oslobodenia, poistenie Doktor+, poistenie pracovnej neschopnosti, osobitné poistné podmienky pre každé poistenie (ďalej len „OPP“), ktoré je možné dojsť v poistnej zmluve pre program Flexi Život a Zmluvné dojednávania pre program Flexi Život. Vyhlasujem, že všetky moje odpovede na písomné otázky poisťovateľa týkajúce sa poistenia sú úplné a pravdivé.
 Vyhlasujem, že súhlasím s tým, aby poisťovateľ zisťoval a prešetroval môj zdravotný stav u všetkých lekárov, v zdravotníckych zariadeniach a v zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť, v ktorých som sa liečil, liečim alebo budem liečiť. Spínomochujem lekára, zdravotnícke zariadenia a zariadenia poskytujúce zdravotnú starostlivosť k vyhotoveniu lekárskej správy, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, či jej započítaniu za účelom pripádnych zmien poistnej zmluvy a za účelom vybavenia poistných udalostí i na dobu po mojej smrti. Zároveň zbavujem poisťovateľa zodpovedajúcich povinností voči poisťovateľovi všetkých lekárov, ktorí ma liečili, alebo s ktorými som konzultoval svoj zdravotný stav. V súvislosti s dojednaním príspevkov nezamestnanosti a pracovného úrazu s následkom smrti vyhlasujem, že súhlasím s tým, aby poisťovateľ zisťoval a prešetroval dôležité skutočnosti, týkajúce sa pracovného úrazu a spínomochujem všetky orgány činné v konaní o pracovnom úraze k vyhotoveniu dokumentácie za účelom vybavenia poistnej udalosti aj na dobu po mojej smrti. Zároveň zbavujem poisťovateľa zodpovedajúcich povinností voči poisťovateľovi všetky orgány činné v konaní o pracovnom úraze. V prípade dojednávania poistenia nezamestnanosti a pracovného úrazu s následkom smrti, vyhlasujem, že súčasne epíham všetky podmienky vyhlásení k poisteniu nezamestnanosti a pracovného úrazu s následkom smrti, uvedené na rubovej strane prílohy č. 1, resp. prílohy č. 2.
 V prípade dojednávania poistenia Doktor+, ako poistený v poistení Doktor+ vyhlasujem a svojím podpisom na poistnej zmluve potvrdzujem, že k dátumu dojednávania tohto poistenia nie som invalidný dôchodca s poklesom schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 70 % a nie som žiadateľom o invalidný dôchodok.
 Vyhlasujem, že som bol oboznámený so všetkými skutočnosťami vyplývajúcimi z § 10 ods. 1 zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov. Svojím podpisom potvrdzujem súhlas so spracúvaním osobných údajov v súlade s § 15 ods. 3, a 4. VPP. Práva dotknutej osoby pri spracúvaní osobných údajov sú upravené v § 20 zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov.
 Svojím podpisom potvrdzujem súhlas s poskytovaním služby Elektronického korešpondencie v súlade s č. 14 ods. 3. VPP a zároveň potvrdzujem, že som si vedomý toho, že od momentu aktivácie služby Elektronického korešpondencie mi bude korešpondencia, ku ktorej prevzatú nie je potrebný môj podpis, alebo ktorej povaha to umožňuje, zasielaná elektronicky.

Vyhlasenie poistníka
 Vyhlasujem, že disponujem všetkými potrebnými dokumentmi podľa čl. 15 ods. 5. VPP. Vyhlasujem a svojím podpisom potvrdzujem, že som bol oboznámený a zároveň som odobral v písomnej forme údaje v zmysle ustanovenia § 782a zákona č. 40 / 1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov.
 Podľa § 47 ods. 8 zákona č. 8 / 2009 vyhlasujem, že finančné prostriedky, ktoré použijem na zaplatenie poistného podľa tejto poistnej zmluvy sú mojím vlastníctvom a uzavretie tejto poistnej zmluvy vykonávam na vlastný účet; ak sú finančné prostriedky vlastníctvom inej osoby alebo uzavretie zmluvy vykonávam na účet inej osoby, údaje o tejto osobe uvidzám na rubovej strane zmluvy a zároveň odovzdávam poisťovateľovi aj písomný súhlas tejto osoby na použitie jej finančných prostriedkov alebo na uzavretie tejto poistnej zmluvy na jej účet. Ak počas trvania poistenia dôjde k zvýšeniu poistného, zaväzujem sa podľa § 47 ods. 8. Zákona č. 8 / 2009 Z. z. odovzdať poisťovateľovi bez zbytočného odkladu písomné vyhlásenie o vlastníctve finančných prostriedkov a pokiaľ budú finančné prostriedky vlastníctvom inej osoby, predložím aj písomný súhlas tejto osoby na ich použitie, spolu s osobnými údajmi o tejto osobe.
 Vyhlasujem a svojím podpisom potvrdzujem, že som bol pred uzavretím poistnej zmluvy oboznámený s obsahom a že som v písomnej forme prevzal informáciu o podmienkach uzavretia poistnej zmluvy - program Flexi Život. Týmto beriem na vedomie že k uzavretiu poistnej zmluvy, ktorej predmetom sú poistenia pre 1. a 2. poistenú osobu, dochádza podpísaním návratu poistnej zmluvy a príslušnej prílohy oboma zmluvnými stranami. Zároveň beriem na vedomie a výslovne súhlasím s tým, aby poisťovateľ v lehotě do dvoch mesiacov odo dňa uzavretia poistnej zmluvy upravil výšku poistného alebo poistnej sumy v kolísaní +/- 10 % oprú o výšku uvedenej v tejto poistnej zmluve v prípade štandardného ocenenia rizík na základe údajov uvedených v tejto poistnej zmluve.

Vyhlasenie finančného agenta
 Vyhlasujem, že som osvedčil totožnosť klienta podľa dokladu totožnosti a vykonal a overil identifikáciu podľa zákona č. 297 / 2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu a o zмене a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
 Ak dôjde pri vyplnení poistnej zmluvy k oprave, platné údaje musia byť potvrdené podpisom poistníka.
 Táto poistná zmluva je vyhotovená v troch rovnopisoch; jeden pre poisťovateľa, jeden pre poistníka a jeden pre finančného agenta.
 V zmysle zákona č. 428 / 2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov Allianz - Slovenskej poisťovňa, a.s. oznamuje, že spoločnosť Tatra Billing, s.r.o., Hodžovo nám. 14, Bratislava 1, poskytuje služby elektronického korešpondencie pre Allianz - Slovenskej poisťovňa, a.s. a jej klientov.
 Na základe Zmluvy o spolupráci v oblasti služieb Second Medical Opinion je oprávnená spracovávať osobné údaje dotknutých osôb spoločnosť Mondial Assistance s.r.o., Jankovcova 158b/14.

Podpis poistníka

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

Podpis finančného agenta (odtlačok pečiatky)

Ziskateľské číslo finančného agenta 1

00048360

MA číslo spolupracovníka

Priezvisko a meno/ obchodné meno

Priezvisko a meno spolupracovníka

Telefón

Ziskateľské číslo finančného agenta 2

