

číslo poistnej zmluvy:



9810380116

Allianz 
Slovenská poisťovňa

ID - kód
nevpisovať

ŠŤASTNÝ 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

POISTNÍK

Rodné číslo / IČO Vstupný vek rokov Štátna príslušnosť Telefón Titul pred menom

Priezvisko / obchodné meno Meno Titul za menom

Adresa trvalého pobytu / sídla poistníka / miesta podnikania (ak ide o fyzickú osobu podnikateľa)
Ulica, súp. / or. číslo Obec, PSČ

PEO¹⁾ (vyplniť v prípade, ak je poistník PEO)

E-mail @

SO²⁾ (vyplniť v prípade, ak je poistník SO)

Druh dokladu totožnosti Číslo dokladu totožnosti 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 čísto 1. poistenej osoby vyplniť)

Rodné číslo Vstupný vek rokov Štátna príslušnosť Telefón Titul pred menom

Meno Titul za menom

Adresa trvalého pobytu
Ulica, súp. / or. číslo Obec, PSČ

PEO¹⁾ (vyplniť v prípade, ak je poistený PEO)

E-mail @

SO²⁾ (vyplniť v prípade, ak je poistený SO)

Druh dokladu totožnosti Číslo dokladu totožnosti Zamestnanie

Kontaktná adresa (vyplniť iba v prípade, ak je iná ako vyššie uvedená)
Ulica, súp. / or. číslo Obec, PSČ

2. POISTENÁ OSOBA

Vstupný vek rokov Štátna príslušnosť Telefón Titul pred menom

Meno Titul za menom

Adresa trvalého pobytu
Ulica, súp. / or. číslo Obec, PSČ

PEO¹⁾ (vyplniť v prípade, ak je poistený PEO)

E-mail @

SO²⁾ (vyplniť v prípade, ak je poistený SO)

Druh dokladu totožnosti Číslo dokladu totožnosti Zamestnanie

Kontaktná adresa (vyplniť iba v prípade, ak je iná ako vyššie uvedená)
Ulica, súp. / or. číslo Obec, PSČ



A3LM529901\$

POISTENÚ OSOBUVýška cm Hmotnosť kg

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

MUDR. Salantayova Tatiana, Vranov

2. POISTENÚ OSOBUVýška 164 cm Hmotnosť 52 kg

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

MUDR. Salantayova Tatiana, Vranov

- | | 1. Poistená osoba | NIE | 2. Poistená osoba | ÁNO | NIE |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----|
| 1) Fajčili ste v posledných 12 mesiacoch cigarety, cigary, fajku alebo ste inak užívali tabak? (ak áno, konkretizujte a uveďte denné množstvo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 2) Ste v súčasnej dobe práceneschopný? (ak áno, uveďte jej dôvod a dátum odkedy) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" 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 type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 4) Ste alebo boli ste liečený alebo sledovaný pre nižšie uvedené ochorenia alebo sa u Vás vyskytli ich príznaky: (ak áno, uveďte ochorenie/príznaky, odkedy, súčasný stav) • ochorenie srdca, ciev, vysoký krvný tlak, mozgová alebo srdcová príhoda • nádorové ochorenie, ochorenie lymfatických uzlín • ochorenie pľúc a dýchacích ciest, astma • ochorenie krvi • ochorenie tráviaceho traktu, pečene, pankreasu, poruchy metabolizmu, cukrovka • ochorenie štítnej žľazy, endokrinného systému • ochorenie močového a pohlavného systému • AIDS, HIV-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 type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 5) Máte v najbližších 6 mesiacoch plánovanú akúkoľvek operáciu? (ak áno, uveďte dôvod, diagnózu, dátum, nemocnicu) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 6) Užívate pravidelne lieky? (ak áno, uveďte názov lieku, odkedy, ako často) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 7) Vyskytli sa u Vašich rodičov alebo súrodencov pred dosiahnutím veku 60 rokov ochorenia srdca, nádory, mozgová príhoda, skleróza multiplex, polycystické ochorenie obličiek, cukrovka, dedičné ochorenia, Alzheimerova alebo Parkinsonova choroba? <i>na túto otázku odpovedajte iba v prípade dojednaného poistenia kritických chorôb</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8) Ste uznaný invalidným alebo žiadali ste o invalidný dôchodok? (ak áno, uveďte dôvod, obdobie od - do, % poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 9) Športujete? (ak áno, uveďte šport a spôsob vykonávania - rekreačne, amatérsky, profesionálne, ak v súťažiach, uveďte druh súťaže) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 10) Ste vystavený zvláštnym nebezpečenstvám pri pracovných alebo iných činnostiach, napr. silné žiarenie, výbušniny, potápanie, parašutizmus, rýchlostné preteky, súkromné a športové lety, horolezectvo, poľovníctvo, jazda na motocykli a pod.? (ak áno, konkretizujte druh činnosti a ako často za rok sa činnosti venujete) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 11) Ste pravák? <i>na túto otázku odpovedajte iba v prípade dojednaného poistenia trvalých následkov úrazu</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

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



POISTENÉ OSOBY

Podmienka, meno alebo vzťah / obchodné meno	Rodné číslo / IČO	Percento
PRE <input checked="" type="checkbox"/> POISTENÚ OSOBU	(neuvádzať pri určení vzťahom)	
matka		100%
		%
		%
		%
PRE <input checked="" type="checkbox"/> POISTENÚ OSOBU	(neuvádzať pri určení vzťahom)	
		%
		%
		%
		%
PRE <input type="checkbox"/> POISTENÚ OSOBU	(neuvádzať pri určení vzťahom)	
		%
		%
		%
		%
PRE <input type="checkbox"/> POISTENÚ OSOBU	(neuvádzať pri určení vzťahom)	
		%
		%
		%
		%
PRE <input type="checkbox"/> POISTENÚ OSOBU	(neuvádzať pri určení vzťahom)	
		%
		%
		%
		%
PRE <input type="checkbox"/> POISTENÚ OSOBU	(neuvádzať pri určení vzťahom)	
		%
		%
		%
		%

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

Vyhlasenie 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:



9810380116

že finančné prostriedky, ktoré použijem na zaplatenie poistného podľa tejto poistnej zmluvy sú mojim vlastníctvom a uzatvorenie poistnej zmluvy vykonávam na vlastný účet; ak sú finančné prostriedky vlastníctvom inej osoby alebo uzatvorenie poistnej zmluvy mám na účet inej osoby, údaje o tejto osobe uvádzam v tejto poistnej zmluve a zároveň odovzdávam poisťovateľovi aj písomný súhlas osoby na použitie jej finančných prostriedkov alebo na uzatvorenie tejto poistnej zmluvy na jej účet. Ak počas trvania poistenia dôjde k zániku poistného, zaväzujem sa odovzdať poisťovateľovi bez zbytočného odkladu písomné vyhlásenie o vlastníctve finančných prostriedkov, akiaľ budú finančné prostriedky vlastníctvom inej osoby, predložím aj písomný súhlas tejto osoby na ich použitie, spolu s osobnými údajmi tejto osoby.

Vyhlasujem a svojím podpisom potvrdzujem, že som bol pred uzatvorením poistnej zmluvy oboznámený s obsahom a že som v písomnej forme prevzal informáciu o podmienkach uzatvorenia poistnej zmluvy - program Šťastný Život. Vyhlasujem a svojím podpisom potvrdzujem, že som bol pred uzatvorením poistnej zmluvy oboznámený s podmienkami poskytovania zľavy na poistnom, ktoré sú uvedené v Zmluvných dojednaniach pre program Šťastný Život a na webovom sídle poisťovateľa.

Vyhlasujem a svojím podpisom 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.

Vyhlasujem a svojím podpisom potvrdzujem, že som bol oboznámený a zároveň som obdržal v písomnej forme údaje v zmysle ustanovenia § 792a zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov.

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.

Svojím podpisom na poistnej zmluve súhlasím s tým, aby mi poistné podmienky, ktoré sa vzťahujú na poistenie uzatvorené touto poistnou zmluvou, a sú vymenované v tejto poistnej zmluve v časti "Vyhlásenia poistníka a poisteného", poisťovateľ poskytol nasledovným spôsobom:

v tlačenej podobe pri podpise tejto poistnej zmluvy

sprístupnením na webovom sídle poisťovateľa www.allianzsp.sk vo formáte pdf, s možnosťou ich následného stiahnutia alebo tlače

elektronicky na nasledovnú e - mailovú adresu poistníka

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

Elektronická korešpondencia (e-mail):

Uvedením svojho e-mailu v tejto poistnej zmluve poistník berie na vedomie, že poisťovateľ bude korešpondenciu týkajúcu sa tejto poistnej zmluvy zasielať na takto uvedený e-mail poistníka. Poistník je povinný oznámiť poisťovateľovi každú zmenu e-mailu. Uvedením e-mailu poistníka v poistnej zmluve nie je obmedzené právo poisťovateľa zaslať písomnosť určenú poistníkovi prostredníctvom pošty alebo kuriéra. Účinky doručenia a ďalšie podmienky, za ktorých sa bude uskutočňovať elektronická korešpondencia, sú uvedené vo Všeobecných podmienkach elektronickej korešpondencie a elektronickej komunikácie s Allianz – Slovenskou poisťovňou, a. s.

Elektronická korešpondencia na všetky poistné zmluvy:

Poistník označením políčka súhlasu vyjadruje súhlas s Elektronickou korešpondenciou na všetky svoje poistné zmluvy. Poistník berie na vedomie, že zánik poistenia podľa návrhu poistnej zmluvy, v ktorej je vyjadrený súhlas poistníka s Elektronickou korešpondenciou na všetky poistné zmluvy, nemá za následok zánik tohto súhlasu.

súhlas poistníka s Elektronickou korešpondenciou na všetky svoje poistné zmluvy

Dohoda o elektronickej komunikácii (e-mail, telefón, Allianz Konto):

Poistník označením políčka súhlasu a podpísaním tejto poistnej zmluvy vyjadruje súhlas s uzatvorením Dohody o elektronickej komunikácii (ďalej len „dohoda“). Na základe tejto dohody budú poistník a poisťovateľ vzájomnú komunikáciu týkajúcu sa všetkých poistných zmlúv poistníka (súčasných tak aj budúcich) uskutočňovať v elektronickej forme prostredníctvom nástrojov elektronickej komunikácie, ktorými sú Allianz Konto (web portál), Elektronická korešpondencia (e-mail) a Telekomunikačné zariadenia (telefón). Poistník berie na vedomie, že:

- vzájomnú Elektronickú korešpondenciu budú poistník a poisťovateľ realizovať prostredníctvom e-mailu (E-mail Klienta), ktorý poistník pre účely tejto dohody oznámil poisťovateľovi. Takto oznámený e-mail nahrádza na čas trvania tejto dohody e-mailu oznámené poisťovateľovi poistníkom pre všetky iné účely (napr. iné poistné zmluvy a likvidácia poistných udalostí),
- zánik poistenia podľa návrhu poistnej zmluvy, v ktorej tlačive sa nachádza táto dohoda, nemá za následok zánik tejto dohody,
- na komunikáciu po zániku poistenia podľa návrhu poistnej zmluvy, v ktorej tlačive sa nachádza táto dohoda, budú poisťovateľ a poistník naďalej používať e-mail a telefónne číslo oznámené poistníkom pri uzatváraní tejto dohody alebo neskôr aktualizované počas trvania tejto dohody,
- túto dohodu môže poistník kedykoľvek zrušiť, a to písomným oznámením zaslaným na adresu poisťovateľa alebo iným spôsobom uvedeným vo Všeobecných podmienkach elektronickej korešpondencie a elektronickej komunikácie s Allianz – Slovenskou poisťovňou, a. s.,
- zánik tejto dohody nemá vplyv na formu komunikácie dohodnutú alebo uvedenú pre iné poistné zmluvy alebo vzťahy poistníka a poisťovateľa.

Podmienky, za ktorých sa bude uskutočňovať elektronická komunikácia podľa tejto dohody, sú uvedené v aktuálnych Všeobecných podmienkach elektronickej korešpondencie a elektronickej komunikácie s Allianz – Slovenskou poisťovňou, a. s., ktoré tvoria prílohu tejto dohody. Poisťovateľ má právo tieto podmienky aktualizovať a meniť. O aktualizácii alebo o zmene je povinný poistníka vopred informovať a poskytnúť mu čas na zrušenie tejto dohody, inak aktualizácia alebo zmena nie je voči poistníkovi účinná.

súhlas poistníka s dohodou



A3LM5299061

poistníka a poisteného

že som bol pred uzavretím poisťnej zmluvy oboznámený s obsahom Všeobecných poisťných podmienok pre poistenie osôb schválených (ďalej len "VPP"), Poisťných podmienok (ďalej len "PP") pre životné poistenie schválených 01.12.2015, PP pre úrazové poistenie schválených 18.03.2017, PP pre poistenie nezamestnanosti schválených 15.03.2017, PP pre poistenie denného odškodného z dôvodu pracovnej neschopnosti schválených 01.12.2017, PP pre poistenie chirurgického zákroku schválených 19.01.2015, PP pre poistenie kritických chorôb schválených 14.10.2011, PP pre poistenie pobytu v nemocnici schválených 15.11.2012, PP pre poistenie oslobodenia od platenia poisťného schválených 19.01.2015, PP pre poistenie Doktor+ schválených 01.06.2016, PP pre poistenie Telefonická odborná poradiňa (TOP) schválených 01.06.2016, PP pre poistenie Služba asistent (SA1) schválených 01.06.2016, PP pre poistenie Allianz Best Doctors schválených 01.12.2017, PP pre poistenie invalidity schválených 13.04.2017, PP pre poistenie pracovnej neschopnosti schválených 19.01.2015, OPP pre rizikové životné poistenie pre prípad smrti s fixnou poisťnou sumou (R0) schválených 01.06.2016, OPP pre rizikové životné poistenie (R3) schválených 01.06.2016, OPP pre rizikové životné poistenie s meniacou sa poisťnou sumou pri neúrazovej smrti a s konštantnou poisťnou sumou pri úrazovej smrti (R5) schválených 01.06.2016, OPP pre rizikové životné poistenie pre prípad smrti pre dvojicu osôb (R7) schválených 01.06.2016, OPP pre rizikové životné poistenie s klesajúcou poisťnou sumou (R8) schválených 02.10.2017, OPP pre poistenie trvalých následkov úrazu bez progresie (12UP) schválených 01.06.2016, OPP pre poistenie trvalých následkov úrazu s progresiou (13UP) schválených 25.05.2018, OPP pre poistenie denného odškodného počas nevyhnutného liečenia následkov úrazu (14UP) schválených 01.06.2016, OPP pre poistenie denného odškodného pri pobyte v nemocnici z dôvodu úrazu (15UP) schválených 25.05.2018, OPP pre poistenie smrti následkom úrazu s dvojnásobným plnením pre účastníka dopravnej nehody (16UP) schválených 01.06.2016, OPP pre poistenie invalidity následkom úrazu (20UP) schválených 01.12.2017, OPP pre poistenie denného odškodného pri pobyte v nemocnici z dôvodu choroby (15ND) schválených 01.06.2016, OPP pre poistenie chirurgického zákroku (B1) schválených 25.05.2018, OPP pre poistenie kritických chorôb dieťaťa (1ZN) schválených 25.05.2018, 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 dôchodu v prípade invalidity (IN1) schválených 01.12.2017, OPP pre poistenie jednorazovej výplaty v prípade invalidity (IN2) schválených 01.12.2017, OPP pre poistenie invalidity s klesajúcou poisťnou sumou (IN8) schválených 01.12.2017, OPP pre poistenie náhrady poisťného pri dlhodobej pracovnej neschopnosti (NP1) schválených 01.06.2016, OPP pre poistenie oslobodenia od platenia poisťného v prípade invalidity (OP3) schválených 01.12.2017, OPP pre poistenie smrti dieťaťa následkom úrazu (11UM) schválených 01.10.2015, OPP pre poistenie trvalých následkov úrazu dieťaťa bez progresie (12UM) schválených 01.06.2016, OPP pre poistenie trvalých následkov úrazu dieťaťa s progresiou (13UM) schválených 25.05.2018, OPP pre poistenie denného odškodného počas nevyhnutného liečenia následkov úrazu dieťaťa (14UM) schválených 01.06.2016, OPP pre poistenie denného odškodného pri pobyte v nemocnici z dôvodu úrazu dieťaťa (15UM) schválených 25.05.2018, OPP pre poistenie denného odškodného pri pobyte v nemocnici z dôvodu choroby (15NM) schválených 01.06.2016, OPP pre poistenie kritických chorôb dieťaťa (ZN6) schválených 13.01.2017, OPP pre poistenie chirurgického zákroku dieťaťa (BM1) schválených 25.05.2018 a Zmluvnými dojednaniaми pre program Šťastný Život, schválených 01.12.2017 (ďalej spoločne len "poisťné podmienky").

Vyhlasujem, že všetky moje odpovede na písomné otázky poisťovateľa týkajúce sa poistenia a zdravotného stavu sú úplné a pravdivé.

Vyhlasujem, že súhlasím s tým, aby poisťovateľ zisťoval a prešetroval môj zdravotný stav u všetkých lekárov, v zdravotníckych zariadeniach a v zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť, v ktorých som sa liečil, liečim sa alebo sa budem liečiť. Spinomocňujem lekára, zdravotnícke zariadenia a zariadenia poskytujúce zdravotnú starostlivosť k vyhotoveniu lekárskej správy, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, či jej zapožičaniu za účelom prípadných zmien poisťnej zmluvy a za účelom vybavovania poisťných udalostí i na dobu po mojej smrti. Zároveň zbavujem povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči poisťovateľovi všetkých lekárov, ktorí ma liečia, liečili ma alebo ma budú liečiť, alebo s ktorými konzultujem, konzultoval som alebo budem konzultovať svoj zdravotný stav. V súvislosti s uzatvorením poistenia nezamestnanosti a pracovného úrazu s následkom smrti vyhlasujem, že súhlasím s tým, aby poisťovateľ zisťoval a prešetroval dôležité skutočnosti, týkajúce sa pracovného úrazu a spinomocňujem všetky orgány činné v konaní o pracovnom úraze k vyhotoveniu dokumentácie za účelom vybavovania poisťnej udalosti aj na dobu po mojej smrti. Zároveň zbavujem povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči poisťovateľovi všetky orgány činné v konaní o pracovnom úraze. Ako poistený v poistení nezamestnanosti a pracovného úrazu s následkom smrti, svojím podpisom na poisťnej zmluve 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 nezasielal 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 patríam 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 poisťnej udalosti má právo na vyžiadanie potvrdenia posledného zamestnávateľa o výške vymeriavacích základov na účely nároku na dávku v nezamestnanosti za účelom úpravy poisťného plnenia tak, aby výška mesačnej dávky neprevýšila 75 % priemerného mesačného vymeriavacieho základu poistenia v nezamestnanosti Sociálnej poisťovne.

V prípade uzatvorenia poistenia Allianz Best Doctors ako poistený v poistení Allianz Best Doctors vyhlasujem a svojím podpisom na poisťnej zmluve potvrdzujem, že k dátumu uzatvorenia tohto poistenia spĺňam podmienku trvalého pobytu v Slovenskej republike.

V prípade uzatvorenia poistenia denného odškodného pri pobyte v nemocnici z dôvodu choroby (15ND) ako poistený v tomto poistení vyhlasujem a svojím podpisom na poisťnej zmluve potvrdzujem, 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+ vyhlasujem a svojím podpisom na poisťnej zmluve 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 vyhlasujem a svojím podpisom na poisťnej zmluve potvrdzujem, že k dátumu uzatvorenia tohto poistenia mám príjem zo



nosti uvedený v § 5 zákona o dani z príjmov (ak som zamestnanec alebo osoba v obdobnom pracovnoprávnom vzťahu) alebo príjem a z inej samostatnej zárobkovej činnosti uvedený v § 6 zákona o dani z príjmov (ak som podnikateľ); môj pracovný pomer alebo 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 a 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 nepožiadal o uvoľnenie z obdobného pracovnoprávneho vzťahu; nie som študentom, žiakom, osobou v domácnosti, nezamestnanou osobou; vážnym; samostatne zárobkovou činnou osobou, ktorá neplatí povinné ani dobrovoľné nemocenské poistenie do Sociálnej poisťovne; nepoberám materské a ani nie som na rodičovskej dovolenke; nepoberám starobný dôchodok alebo výsluhový dôchodok, invalidný dôchodok alebo invalidný výsluhový dôchodok; nepoberám výlučne opatrovateľský príspevok od štátu alebo obce; nie som príslušníkom Hasičského a záchranného zboru, príslušníkom 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.

Svojím podpisom na poistnej zmluve dávam poisťovateľovi 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. Svojím podpisom na poistnej zmluve 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.

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. Svojím podpisom potvrdzujem pravdivosť vyhlásenia, že ak v záhlaví poistnej zmluvy nie je uvedené daňové identifikačné číslo, toto číslo mi nebolo pridelené.

NutriFit program

Osoba poistená poistením 1ZN zaškrtnutím políčka súhlasu v tejto časti poistnej zmluvy vyjadruje súhlas tým, že v prípade splnenia podmienok uvedených vo verejnom príslube poisťovateľa k NutriFit programu je poistenie 1ZN rozšírené o NutriFit program. NutriFit program poskytuje spoločnosť genEplanet d.o.o., so sídlom Cesta na Poljane 24, 1000 Ljubljana, Slovinsko, IČO: 3277062000 (ďalej len „genEplanet“). Bližšie informácie o NutriFit programe sú uvedené na webovom sídle poisťovateľa.

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

Súhlas s rozšírením poistenia 1ZN o NutriFit program: 1. poistená osoba 2. poistená osoba 3. poistená osoba
4. poistená osoba 5. poistená osoba 6. poistená osoba

Vyhlasenie finančného agenta

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

Základ

093 01

Pc

osoby c

zástupcu, ak sú
poistníkosoby alebo jej
zákonného zástupcu, ak je iný ako
poistník alebo 1. poistená osoba

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

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

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

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

Poc
zast

Allianz - Slovenska poisťovňa, a.s.
Pobočka: Dobrianskeho 1651

Získateľské číslo
finančného agenta 1

00012775

Priezvisko a meno/obchodné meno

Slávka Harďoňová

MA číslo spolupracovníka

Priezvisko a meno spolupracovníka

Harďoňová Slávka

Telefón

+421905360135

Získateľské číslo finančného agenta 2

E-mail slavka.hardonova@oz.allianzsp.sk

