

Wüstenrot poisťovňa, a.s.
 Karadžičova 17, 825 22 Bratislava 26, SR
 IČO: 31 383 408 • DIČ: 2020843561,
 IČ pre DPH: SK 2020843561
 Obchodný register Okresného súdu
 Bratislava I, oddiel Sa, vložka č. 757/B
 Tel.: +421 850 60 60 60
 www.wuestenrot.sk

POISTNÁ ZMLUVA ÚRAZOVÉ POISTENIE - AUTO

GDPR 05/2018 405

POISTNÍK

<input type="checkbox"/> Fyzická osoba	<input type="checkbox"/> Právnická osoba/Fyzická osoba podnikateľ (ďalej len „PO“)	Štátne občianstvo	Séria a číslo OP	Rodné číslo/IČO
Meno, priezvisko, titul (Obchodné meno)		Rodné číslo alebo rok narodenia fyzickej osoby podnikateľa		
Miesto trvalého pobytu alebo sídlo (ulica a číslo)		Obec (dodacia pošta)	PSČ	
Kontaktná adresa (ulica a číslo)		Obec (dodacia pošta)	PSČ	
Tel. číslo		E-mail		
Označenie úradného registra/úradnej evidencie		Číslo zápisu do registra/evidencie		

OSOBA OPRAVŔNENÁ KONAŤ V MENE POISTNÍKA (napr. konateľ, člen predstavenstva)

Meno, priezvisko, titul	Pozícia	Rodné číslo
-------------------------	---------	-------------

ÚRAZOVÉ POISTENIE OSÔB PREPRAVOVANÝCH POISTENÝM VOZIDLOM (ÚRAZOVÉ POISTENIE I) áno nie

Katégória vozidla	Továranská značka, Typ	Počet miest na sedenie
Rok výroby	(Úrazové poistenie I je možné dojednať pre vozidlá staré maximálne 10 rokov.)	EČV
Účel použitia	VIN	
<input type="checkbox"/> bežný <input type="checkbox"/> iný ako bežný: taxislužby, motocykle, súťažné motorové vozidlá, vozidlá autopožičovní, vozidlá na prenájom, vozidlá s právom prednostnej jazdy (sanitky, policajné autá, hasiči), špeciálne autá určené na prepravu nebezpečného nákladu, kabriolety s plátenou strechou		

ÚRAZOVÉ POISTENIE OSÔB PREPRAVOVANÝCH VO VOZIDLE VEDENOM POISTENOU OSOBOU (ÚRAZOVÉ POISTENIE II) áno nie

Údaje o poistenej osobe:

Meno, priezvisko, titul	Rodné číslo
Miesto trvalého pobytu (ulica a číslo)	Obec (dodacia pošta)
Séria a číslo OP	E-mail
	Tel. číslo

VÝŠKA POISTNÉHO

Úrazové poistenie Poistná suma pre úrazové poistenie: **3 5 0 0 0** € Spôsob platenia: ročne ročne so štvrtročnými splátkami

Variant poistenia:	<input type="checkbox"/> Úrazové poistenie I. + II.	<input type="checkbox"/> Úrazové poistenie II.	<input type="checkbox"/> Úrazové poistenie I.
Výška poistného/štvrtročnej splátky poistného:	59 € / 14,75 €	49 € / 12,25 €	39 € / 9,75 €
Ročné poistné (vyplniť vždy)		€	Štvrtročná splátka poistného

ÚDAJE O POISTENÍ

Poistné obdobie: <input checked="" type="checkbox"/> ročné	Poistná doba: <input checked="" type="checkbox"/> neurčitá	Začiatok poistenia je	:	:	hodina a minúta dňa uzavretia poistnej zmluvy
Druh platby následného poistného: <input type="checkbox"/> poštovou poukážkou <input type="checkbox"/> bankovým prevodom					
Bankové spojenie: IBAN					BIC

VYHLÁSENIA A SPLNOMOCNENIA POISTNÍKA

Poistník svojim podpisom potvrdzuje, že na všetky otázky uvedené v poistnej zmluve odpovedal pravdivo a všetky údaje odkontroloval a súhlasí s nimi. Poistník prehlasuje, že sa so Všeobecnými poistnými podmienkami pre Úrazové poistenie - Auto a Informáciami o spracúvaní osobných údajov oboznámil a prevzal ich v písomnej forme.

Poistník žiada o odovzdanie informačného dokumentu o poistnom produkte formou (vyberte len jednu možnosť):

trvanlivé médium (adresný e-mail s prílohou)* webová stránka poisťovne* papier

*možno vybrať len v prípade, ak klient uviedol e-mailovú adresu

Poistník potvrdzuje, že pred uzavretím poistnej zmluvy mu bol odovzdaný v ním zvolenej forme Informačný dokument o poistnom produkte úrazového poistenia AUTO.

Vyhlasujem, že uzavretie poistnej zmluvy vykonávam na vlastný účet a finančné prostriedky použité na platenie poistného sú v mojom vlastníctve.

Poistník vyhlasuje, že bol pred uzavretím poistnej zmluvy oboznámený s informáciami o poistení pre prípad trvalých následkov úrazu uvedenými v Oceňovacích tabuľkách pre trvalé následky v dôsledku úrazu a trvalé následky v dôsledku úrazu s progresiou 400 %.

Poistník dáva svojim podpisom na poistnej zmluve súhlas Wüstenrot poisťovni, a.s., aby podľa potreby preverovala jeho zdravotný stav u lekárov a v zdravotníckych zariadeniach, v ktorých sa liečil, lieči alebo sa bude liečiť. Súhlas je platný po celú dobu platnosti poistnej zmluvy a po jej zániku až do skončenia likvidácie akýchkoľvek poistných udalostí, ktoré trvajú po zániku poistnej zmluvy. Zároveň na tento účel zbavuje povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči Wüstenrot poisťovni, a.s. všetkých lekárov, ktorí ho liečili, alebo s ktorými konzultoval svoj zdravotný stav a splnomocňuje Wüstenrot poisťovňu, a.s. na získavanie alebo preskúmanie údajov o zdravotnom stave alebo príčine smrti, na obstarávanie údajov o zdravotnom stave a zdravotnej anamnéze zo zdravotnej dokumentácie a na získavanie údajov z lekárskej správy Sociálnej poisťovne a z výpisu účtu poistenca zdravotnej poisťovne. Poisťovňa je oprávnená požiadať poistníka aj o nahliadnutie do jeho zdravotnej dokumentácie a podľa potreby aj o úradné overenie jeho podpisu na plnomocenstve.

.....
miesto a dátum uzavretia poistnej zmluvy

.....
podpis poistníka

SÚHLAS SO SPRACÚVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV PRE ÚČELY MARKETINGU A REKLAMY

Týmto poskytujem spoločnostiam, patriacim do skupiny Wüstenrot* svoje **osobné údaje a výslovne súhlasím** so spracúvaním mojich uvedených osobných údajov v rozsahu: meno, priezvisko, adresa, telefónne číslo a e-mailový kontakt, vrátane ich poskytovania medzi nižšie uvedenými subjektmi pre účely:

- Marketingu a reklamy.** Marketingom a reklamou sa rozumie kontaktovanie mojej osoby za účelom reklamy a ponuky produktov a služieb spoločností patriacich do **skupiny Wüstenrot** rôznou formou, ako napr. zasielaním propagačných materiálov, letákov a časopisov poštou ako aj elektronicky, telefonické kontaktovanie, vrátane zasielania SMS, automatickým volaním a iným obdobným spôsobom. Kontaktovať ma za týmto účelom môžu spoločnosti skupiny Wüstenrot, ako aj nimi zmluvne poverení sprostredkovatelia, ktorí sú súčasťou zoznamu sprostredkovateľov, ktorý je zverejnený na webstránke www.wuestenrot.sk v časti Ochrana osobných údajov a ktorý je pravidelne aktualizovaný. Tento súhlas udeľujem na dobu trvania zmluvných vzťahov s ktoroukoľvek zo spoločností skupiny Wüstenrot ako aj na dobu 5 rokov od skončenia poslednej zmluvy. Tento súhlas udeľujem slobodne, bez akýchkoľvek podmienok a po predchádzajúcom poučení o svojich právach dotknutej osoby. áno nie
- Účasti v súťažiach o výherné ceny, organizovaných pre klientov skupiny Wüstenrot,** vrátane vyhodnotenia a určenia výhercov; a to ktoroukoľvek spoločnosťou skupiny Wüstenrot alebo ňou zmluvne povereným sprostredkovateľom, ktorý je uvedený na hore uvedenom zozname sprostredkovateľov. Tento súhlas udeľujem na dobu trvania mojich zmluvných vzťahov s ktoroukoľvek zo spoločností skupiny Wüstenrot. Tento súhlas udeľujem slobodne, bez akýchkoľvek podmienok a po predchádzajúcom poučení o svojich právach dotknutej osoby. áno nie

Beriem na vedomie, že ktorýkoľvek z vyššie udelených súhlasov môžem kedykoľvek odvolať zaslaním písomnej žiadosti na adresu sídla prevádzkovateľa alebo elektronicky na e-mailovú adresu: DPO@wuestenrot.sk

.....
dátum udelenia súhlasu

.....
podpis poistníka

* Skupinu Wüstenrot tvoria tieto spoločnosti: Wüstenrot poisťovňa a. s., Karadžičova 17, 825 22 Bratislava 26, IČO: 31383408, a Wüstenrot stavebná sporiteľňa a. s., Grösslingova 77, 824 68 Bratislava, IČO: 31351026.

Uvedený zástupca svojim podpisom na poistnej zmluve potvrdzuje, že vykonal identifikáciu a overenie identifikácie poistníka/poisteného/osoby oprávnenej konať v mene poistníka v súlade so zákonom č. 39/2015 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Získateľské číslo zástupcu:	<input type="text"/>	Meno a priezvisko zástupcu:	<input type="text"/>	Registračné číslo NBS*:	<input type="text"/>
Telefonický kontakt zástupcu:	<input type="text"/>	E-mailová adresa zástupcu:	<input type="text"/>		
Tipérske číslo/ Osobné/MA číslo:	<input type="text"/>	Meno a priezvisko tipéra:	<input type="text"/>	 podpis a pečiatka zástupcu, Wüstenrot poisťovňa, a. s.

*nevypĺňa VFA