

INDIVIDUÁLNE ZDRAVOTNÉ POISTENIE NÁVRH POISŤOVATEĽA NA UZAVRETIE POISTNEJ ZMLUVY

GDPR 05/2018

405

POISTNÍK (Ak nie je poistené dieťa, poisteným je poistník)

Meno, priezvisko, titul		Rodné číslo	
Druh a číslo dokladu totožnosti	Štátne občianstvo	Dátum narodenia	
Adresa trvalého bydliska	Obec (dodacia pošta)	PSČ	
Kontaktná adresa (ulica a číslo)	Obec (dodacia pošta)	PSČ	
E-mail		Tel. číslo	
Bankové spojenie IBAN		BIC	

Poistené dieťa:

Meno, priezvisko		Rodné číslo	
Štátna príslušnosť		Dátum narodenia	
Adresa trvalého bydliska	Obec (dodacia pošta)	PSČ	

Výška poistného, spôsob a forma platenia:

Poistná doba: Neurčitá 5 € mesačne bankovým prevodom (ročne 60 €) **Technický začiatok poistenia ***

Poistné obdobie: Ročné 57 € ročne poštovou poukážkou 57 € ročne bankovým prevodom

* vyplňte vyplňte v prípade, ak poistník žiada neskorší deň technického začiatku poistenia.

Začiatok poistnej ochrany je uvedený v článku 3 a rozsah poistenia v článku 2 Všeobecných poistných podmienok pre Individuálne zdravotné poistenie. Poistné sumy a limity plnenia sú uvedené v článku 5 Všeobecných poistných podmienok pre Individuálne zdravotné poistenie, ktoré tvoria neoddeliteľnú súčasť tohto návrhu poisťovateľa. Tento návrh nadobúda platnosť dňom jeho predloženia poistníkovi a je platný 5 dní odo dňa nadobudnutia jeho platnosti. Návrh sa prijíma zaplatením poistného alebo splátky poistného poisťovateľovi v lehote platnosti návrhu a vo výške uvedenej v návrhu.

Bankové spojenie s Wüstenrot poisťovňou a. s.

Bankové spojenie IBAN SK 6 8 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 2 6 2 8 8 4 4 1 0 1 **BIC** T A T R S K B X

VYHLÁSENIA A SPLNOMOCNENIA POISTNÍKA

Poistený ani oprávnená osoba sa nepodieľajú na výnosoch poisťovateľa.

Poistník dáva ako poistený alebo zákonný zástupca poisteného dieťaťa podpisom tohto návrhu poistnej zmluvy súhlas lekárom a zdravotníckym zariadeniam na poskytnutie osobných údajov o jeho zdravotnom stave Wüstenrot poisťovni, a.s. vo forme vyhotovenia lekárskeho správy, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, či jej zapožičania za účelom ohodnocovania rizík a ich riadenia, správy poistných zmlúv, likvidácie poistných udalostí a poskytovania poistných plnení. 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.

Poistník svojím podpisom potvrdzuje, že sa s návrhom poisťovateľa na uzavretie poistnej zmluvy, so Všeobecnými poistnými podmienkami pre Individuálne zdravotné poistenie, Informáciami o spracúvaní osobných údajov a s údajmi podľa § 792a Občianskeho zákonníka oboznámil a v písomnej forme ich prevzal. Zároveň poistník a poistený poskytuje súhlas na spracovanie osobných údajov za účelom zaistenia zaistovňou so sídlom v zahraničí.

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

trvanlivé médium (adresný e-mail s prílohou)* webová stránka poisťovateľa* 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 individuálneho zdravotného poistenia.

Uzavretie poistnej zmluvy vykonávam na vlastný účet a finančné prostriedky použité na platenie poistného sú v mojom vlastníctve.

VYHLÁSENIA A SPLNOMOCNENIA POISTNÍKA

Poistník vyhlasuje, že bol pred uzavretím poisťnej 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 %.

.....
miesto a dátum uzavretia poisťnej 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.

Nižšie uvedený zástupca svojim podpisom potvrdzuje, že vykonal identifikáciu a overenie identifikácie poistníka/poisteného 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.

*nevplňa VFA