

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
 www.wuestenrot.sk



NÁVRH NA UZAVRETIE POISTNEJ ZMLUVY HODNOTA ŽIVOTA - RIZIKOVÉ ŽIVOTNÉ POISTENIE

GDPR 08/2018

Z21

i Ak v návrhu na uzavretie poistnej zmluvy (ďalej len „návrh“) pri jednotlivých otázkach nie je označená odpoveď „áno“, ani odpoveď „nie“, platí ako odpoveď „nie“

POISTNÍK / POISTENÝ	<input type="checkbox"/> Právnická osoba <input type="checkbox"/> Fyzická osoba: <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/> Muž		^{1,2} vid' vysvetlenie na strane 5/5	
	Meno, priezvisko, titul (Obchodné meno)		Dátum narodenia	
	Vzťah k druhému poistenému ¹		Druh a číslo dokladu totožnosti	
	Adresa trvalého pobytu ulica, súpisné číslo (sídlo)		Obec	
	Korešpondenčná adresa ²		Obec	
	Štátne občianstvo		Tel. číslo	
	Označenie úradného registra/úradnej evidencie		Číslo zápisu do registra/evidencie	
	Ste politicky exponovanou osobou podľa zákona č. 297/2008 Z.z.? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, uveďte v akom postavení			

OSOBA OPRÁVNENÁ KONÁŤ V MENE	<input type="checkbox"/> POISTNÍKA/POISTENÉHO <input type="checkbox"/> DRUHÉHO POISTENÉHO (napr. konateľ, člen predstavenstva, zákonný zástupca)			
	Meno, priezvisko, titul		Rodné číslo	
	Pozícia		Štátne občianstvo	
	Adresa trvalého pobytu ulica, súpisné číslo		Obec	
	Ste politicky exponovanou osobou podľa zákona č. 297/2008 Z.z.? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, uveďte v akom postavení			

OSOBA OPRÁVNENÁ KONÁŤ V MENE	Meno, priezvisko, titul		Rodné číslo		
	Pozícia		Štátne občianstvo		
	Adresa trvalého pobytu ulica, súpisné číslo		Obec		
	Ste politicky exponovanou osobou podľa zákona č. 297/2008 Z.z.? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, uveďte v akom postavení				

DRUHÝ POISTENÝ	Fyzická osoba: <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/> Muž	
	Meno, priezvisko, titul	
	Druh a číslo dokladu totožnosti	
	Adresa trvalého pobytu ulica, súpisné číslo	
	Štátne občianstvo	
	Ste politicky exponovanou osobou podľa zákona č. 297/2008 Z.z.? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, uveďte v akom postavení	

POVOLANIE A ZÁUJMOVÁ ČINNOSŤ			³ vid' vysvetlenie na strane 5/5
	POISTNÍK/POISTENÝ		DRUHÝ POISTENÝ
Povolanie	<input type="checkbox"/> zamestnanec <input type="checkbox"/> SZČO/SZČO a súčasne zamestnanec	<input type="checkbox"/> zamestnanec <input type="checkbox"/> SZČO/SZČO a súčasne zamestnanec	
Špecifikujte povolanie³			
Pravidelne športujete?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, aký šport? _____	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, aký šport? _____	
Uveďte spôsob	<input type="checkbox"/> profesionálne <input type="checkbox"/> registrovaný v športovom klube <input type="checkbox"/> inak	<input type="checkbox"/> profesionálne <input type="checkbox"/> registrovaný v športovom klube <input type="checkbox"/> inak	
Uveďte rozsah	<input type="checkbox"/> celoštátne/medzinárodné súťaže <input type="checkbox"/> regionálne súťaže	<input type="checkbox"/> celoštátne/ medzinárodné súťaže <input type="checkbox"/> regionálne súťaže	
Iné rizikové aktivity?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno uveďte aké _____	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno uveďte aké _____	

ÚDAJE O POISTENÍ			
Začiatok správy poistenia	0 1 _____	Poistná doba _____ rokov (min. 5 rokov, max. 47 rokov)	Prvá platba dňa _____
Poistná zmluva je uzavretá dňom doručenia poistky poistníkovi. Ak deň uzavretia poistnej zmluvy predchádza dňu uvedenému v návrhu ako deň začiatku správy poistenia, poistenie začína nultou hodinou dňa uvedeného v návrhu ako deň začiatku správy poistenia, inak nultou hodinou dňa nasledujúceho po dni uzavretia poistnej zmluvy.			(pre rýchlejšie spracovanie návrhu prosím priložte doklad o zaplatení poistného)
Forma úhrady	<input type="checkbox"/> poštová poukážka <input type="checkbox"/> zrážka zo mzdy <input type="checkbox"/> trvalý príkaz na úhradu	Poistné obdobie <input type="checkbox"/> mesačné <input type="checkbox"/> štvrťročné <input type="checkbox"/> polročné <input type="checkbox"/> ročné	Chcete mať svoje poistenie ochránené pred infláciou? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie

ÚDAJE O POISTENÍ

^{4,5} vid' vysvetlenie na strane 5/5

Poistenie pre prípad	POISTNÍK/POISTENÝ <input type="checkbox"/> fajčiar ⁴ <input type="checkbox"/> nefajčiar ⁵		DRUHÝ POISTENÝ <input type="checkbox"/> fajčiar ⁴ <input type="checkbox"/> nefajčiar ⁵	
	Poistná suma (PS)	Poistné za dojednané poistné obdobie	Poistná suma (PS)	Poistné za dojednané poistné obdobie
<input checked="" type="checkbox"/> smrti s konštantnou PS	alebo <input type="checkbox"/> 1 0 0 0 €	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> €	alebo <input type="checkbox"/> 1 0 0 0 €	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> €
	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> €	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> €	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> €	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> €
<input checked="" type="checkbox"/> rakoviny	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> €	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> €	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> €	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> €
<input type="checkbox"/> Wüstenrot ochrany po úraze	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> €	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> €	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> €	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> €
<input type="checkbox"/> invalidity s jednorázovou výplatom	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> €	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> €	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> €	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> €
Celkové poistné za zvolené poistné obdobie <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> €				

ČASŤ A (je nutné vypísať pre každú poistenú osobu, ak je dojednané poistenie rakoviny a smrti s poistnou sumou max. 1000 €)

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

OTÁZKA	POISTNÍK/POISTENÝ	DRUHÝ POISTENÝ
1. Aká je vaša telesná výška a hmotnosť?	cm <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	cm <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Ste v súčasnosti alebo boli ste v minulosti vyšetrovaný, sledovaný alebo liečený z dôvodu rakoviny alebo akéhokoľvek typu zhubného rastu, leukémie, lymfómu, myelómu, akejkoľvek prekancerózy alebo rakoviny in situ, ochorenia lupus erythematosus, portálna hypertenzia, ezofageálne varixy, nefroskleróza, polycystické obličky, cirhóza pečene, alebo ste mali pozitívny test na infikovanie HIV vírusom?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
3. Užívate alebo ste užívali:		
a. pravidelne lieky?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
b. návykové látky (napr. drogy), alebo ste sa niekedy podrobili liečbe zo závislosti na alkohole, návykových látkach alebo inej závislosti, prípadne vám táto liečba bola nariadená prípadne odporúčaná?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
4. Trpíte alebo trpeli ste ochoreniami, ťažkosťami alebo bolesťami:		
a. pažeráka, žalúdka, dvanástnika, tenkého alebo hrubého čreva, konečníka, pečene, žlčníka alebo pankreasu, prípadne inými chorobami tráviaceho traktu (napr. Crohnova choroba, ulcerózna kolitída, celiakia, ileus, pankreatitída, polypóza, gastro-ezofagálny reflux, cukrovka, krv v stolici),		
b. štítnej žľazy (napr. hyperfunkcia štítnej žľazy),		
c. pohlavných orgánov, obličiek a močových ciest (napr. zhoršené výsledky cytológie pri vyšetrení krčka maternice, bielkoviny alebo krv v moči),		
d. kože (napr. dysplastické névy, psoriáza, erysipel),		
e. akéhokoľvek typu krvnej poruchy alebo imunitného systému (napr. zmena krvného obrazu, anémia, koagulačné poruchy, hemofília, krvácavé cievne poruchy, ochorenie sleziny),		
f. akéhokoľvek typu nezhubného nádoru (napr. polyp, adenóm, cysta),		
g. infekčnými alebo vírusovými, bakteriálnymi alebo plesňovými (napr. hepatitída typu B, C, D, E, HPV vírus)?		
h. ste momentálne práce neschopný?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
5. Vyskytlo sa u niektorého z vašich biologických rodičov alebo súrodencov pred dosiahnutím veku 60 rokov zhubné nádorové ochorenie?		
Ak ste na otázku odpovedali ÁNO, boli u vás niekedy zistené nepriaznivé výsledky genetických vyšetrení v súvislosti s nádorovým ochorením u vašich biologických rodičov alebo súrodencov? Ak áno, aké?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie

Ak ste na niektorú z otázok v časti A, odpovedali ÁNO, tu prosím uveďte podrobnosti s číslom otázky, ktorú dopĺňate.

Číslo otázky	Poistník/poistený	Číslo otázky	Druhý poistený
5.	vek: <input type="text"/> choroba: <input type="text"/>	5.	vek: <input type="text"/> choroba: <input type="text"/>

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

ČASŤ B (vyplňte v prípade ak máte dojednané akékoľvek pripoistenie alebo poistenie smrti s poistnou sumou vyššou ako 1000 €)

OTÁZKA	POISTNÍK/POISTENÝ	DRUHÝ POISTENÝ
6. Trpíte alebo trpeli ste ochoreniami, ťažkosťami alebo bolesťami: a. srdca a ciev (napr. vysoký alebo kolísavý krvný tlak, búšenie srdca, bolesti na prsiach, poruchy srdcového rytmu, šelest na srdci, ischemická choroba srdca, angína pectoris, infarkt myokardu, embólia, trombóza, kľčové žily), b. pľúc a dýchacích ciest (napr. chronický zápal priedušiek, astma, tuberkulóza), c. látkovej výmeny alebo žliaz s vnútorným vylučovaním (napr. cukrovka, znížená funkcia štítnej žľazy, zvýšený cholesterol, zvýšené triglyceridy, dna), prípadne inými chorobami metabolizmu, d. očí alebo uší (napr. poruchy videnia, slepota, ochorenie sietnice, poruchy sluchu, hluchota, hluchonemosť), e. kostí, kĺbov alebo svalov (napr. choroby chrbtice, dlhšie pretrvávajúce bolesti v končatinách, reumatizmus), f. mozgu, nervov alebo duševnými ochoreniami (napr. silné bolesti hlavy, závrate, epilepsia, záchvaty, ochrnutie, mŕtvica, skleróza multiplex, duševné poruchy, depresie, pokus o samovraždu), g. ktoré vznikli ako trvalý následok po úraze? Ak áno, uveďte druh a rozsah trvalých následkov, h. inými v tomto zdravotnom dotazníku neuvedenými ochoreniami, poškodením zdravia alebo inými telesnými chybami, i. kvôli ktorým ste invalidný dôchodca alebo kvôli ktorým ste žiadali o invalidný dôchodok, prípadne pre ktoré bola u vás posudzovaná invalidita, prípadne pre ktoré ste zdravotne ťažko postihnutá osoba alebo osoba pripútaná na lôžko?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
7. Boli u vás niekedy zistené nepriaznivé výsledky pri špeciálnych vyšetreniach, prípadne čakáte na výsledok vyšetrenia? (napr. EKG, MRI, PET, CT, rtg, usg, genetické testy),	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
8. Podstúpili ste nejaké hospitalizácie (z dôvodu diagnostiky, vyšetrenia, operácie, liečenia a pod.), alebo je u vás hospitalizácia plánovaná, prípadne vám bola odporučená? Ak áno, priložte kópiu prepúšťacej lekárskej správy (správu nie je potrebné prikladať z operácie slepého čreva a mandlí).	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
9. Vyskytli sa u niektorého z vašich biologických rodičov alebo súrodencov pred dosiahnutím veku 60 rokov srdcovo-cievne ochorenia (napr. infarkt myokardu, náhla cievna mozgová príhoda, hypertrofická kardiomyopatia), cukrovka, polycystické ochorenie obličiek, Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, Skleróza multiplex, Huntingtonova chorea, prípadne iné?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie

Ak ste na niektorú z otázok v časti B, odpovedali ÁNO, tu prosím uveďte podrobnosti s číslom otázky, ktorú dopĺňate.

Číslo otázky	Poistník/poistený	Číslo otázky	Druhý poistený
9.	vek: choroba:	9.	vek: choroba:

OPRÁVNENÉ OSOBY PRE PRÍPAD SMRTI POISTNÍKA/POISTENÉHO

Meno, priezvisko	Dátum narodenia <input type="text"/>	Vzťah k poistníkovi/poistenému ¹	Príslušné percento <input type="text"/> %
Meno, priezvisko	Dátum narodenia <input type="text"/>	Vzťah k poistníkovi/poistenému ¹	Príslušné percento <input type="text"/> %

OPRÁVNENÉ OSOBY PRE PRÍPAD SMRTI DRUHÉHO POISTENÉHO

Meno, priezvisko	Dátum narodenia <input type="text"/>	Vzťah k druhému poistenému ¹	Príslušné percento <input type="text"/> %
Meno, priezvisko	Dátum narodenia <input type="text"/>	Vzťah k druhému poistenému ¹	Príslušné percento <input type="text"/> %

ŽIADOSŤ O VINKULÁCIU POISTNÉHO PLNENIA

	POISTNÍK/POISTENÝ	DRUHÝ POISTENÝ
Vinkulovaná suma	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Poistenie	<input type="text"/>	
Číslo účtu vinkulárneho veriteľa	<input type="text"/>	

i V prípade, že chcete vinkulovať viac ako 1 poistenie (riziko) pre poistenú osobu, zaznačte informácie k vinkulácii poistných plnení ostatných poistení (rizík) do zvláštnych dojednaní.

ZVLÁŠTNE DOJEDNANIA

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 spoločnosti 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.
poistník/poistený áno nie
druhý poistený 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.
poistník/poistený áno nie
druhý poistený 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/poisteného

.....
podpis druhého poisteného

* 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.

VYHLÁSENIA A ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

Vyhlasenia poistníka/poisteného a druhého poisteného:

Poistník/poistený, druhý poistený a osoby oprávnené konať v mene poistníka sú povinné poisťovni bezodkladne oznámiť vznik alebo zánik statusu politicky exponovanej osoby podľa zákona č. 297/2008 Z.z.

Poistník/poistený a druhý poistený svojim podpisom potvrdzujú, že všetky údaje v návrhu na uzavretie poistnej zmluvy sú uvedené pravdivo a úplne.

Svojim podpisom potvrdzujem, že som bol poisťovňou upozornený na povinnosti poisťovne spracúvať osobné údaje na účely predchádzania a odhalovania legalizácie príjmov z trestnej činnosti a financovania terorizmu.

Neoddeliteľnou súčasťou návrhu poistnej zmluvy a poistnej zmluvy rizikového poistenia Hodnota života sú Všeobecné poistné podmienky pre rizikové poistenie Hodnota života, Oceňovacie tabuľky pre poistenie trvalých následkov úrazu dosahujúcich najmenej 40 % a ak poistná zmluva spĺňa podmienky pre získanie bezplatného poistenia zdravotných asistenčných služieb a poistenia druhého lekárskeho názoru aj Osobitné poistné podmienky pre poistenie asistenčných zdravotných služieb alebo Osobitné poistné podmienky pre poistenie druhého lekárskeho názoru, s ktorými sa poistník oboznámil a v písomnej podobe ich prevzal.

Poistník/poistený dáva podpisom tohto návrhu poistnej zmluvy 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 zbraňuje povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči Wüstenrot poisťovni, a.s., všetkým lekárom, 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.

Druhý poistený podpisom tohto návrhu poistnej zmluvy 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 zbraňuje povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči Wüstenrot poisťovni, a.s., všetkým lekárom, 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.

Vyhlasenia poistníka/poisteného a druhého poisteného:

Vyhlasujem, že som sa oboznámil/a so Všeobecnými poistnými podmienkami pre rizikové poistenie Hodnota života, Formulárom o dôležitých zmluvných podmienkach uzatváraní poistnej zmluvy rizikového poistenia Hodnota života, Oceňovacími tabuľkami pre poistenie trvalých následkov úrazu dosahujúcich najmenej 40 %, Informáciami o spracúvaní osobných údajov a s ďalšími údajmi podľa § 792 a Občianskeho zákonníka (sú obsiahnuté v poistnej zmluve a Všeobecných poistných podmienkach pre rizikové poistenie Hodnota života a v ponuke poistenia predloženej finančným sprostredkovateľom) a ak poistná zmluva spĺňa podmienky pre získanie bezplatného poistenia zdravotných asistenčných služieb a poistenia druhého lekárskeho názoru aj s Osobitnými poistnými podmienkami pre poistenie asistenčných zdravotných služieb alebo Osobitné poistné podmienky pre poistenie druhého lekárskeho názoru.

Vyhlasenia poistníka:

Vyhlasujem, že Všeobecné poistné podmienky pre rizikové poistenie Hodnota života a ostatné neoddeliteľné súčasti poistnej zmluvy som v písomnej podobe prevzal.

Vyhlasujem, že uzavretie poistnej zmluvy vykonávam na vlastný účet a finančné prostriedky použité na platenie poistného sú v mojom vlastníctve. Podpisom návrhu sa zároveň zaväzujem, že ak použijem na platenie poistného finančné prostriedky vo vlastníctve inej osoby alebo uzavriem poistnú zmluvu na účet inej osoby bezodkladne písomne oznámim Wüstenrot poisťovni, a.s. túto skutočnosť, vrátane identifikačných údajov tejto osoby.

Poistník/poistený a osoba oprávnená konať v mene poistníka a druhý poistený sú povinní bez zbytočného odkladu písomne informovať poisťovňu o akejkoľvek zmene informácií týkajúcich sa adresy trvalého pobytu.

VYHLÁSENIA A ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

Tento návrh dáva poisťník. Lehota na prijatie návrhu zo strany poisťovne je dva mesiace odo dňa doručenia návrhu do sídla poisťovne, najviac však desať týždňov od podpísania návrhu poisťníkom, za podmienky splnenia ostatných podmienok uvedených vo Všeobecných poisťných podmienkach pre rizikové poistenie Hodnota života.

Súčasťou návrhu je aj návrh na dojednanie Okamžitej poisťnej ochrany. Okamžitá poisťná ochrana je dojednaná prevzatím návrhu zástupcom poisťovne a začína nultou hodinou dňa nasledujúceho po podpísaní návrhu po splnení podmienok uvedených vo Všeobecných poisťných podmienkach pre rizikové poistenie Hodnota života.

Poisťovňa vystaví poisťku ako oznámenie o prijatí návrhu poisťníka. Dátum začiatku poistenia je uvedený na poisťke. Pre účely správy poisťnej zmluvy sa poisťka zasiela poisťovníku do vlastných rúk alebo doporučene na poslednú známu adresu poisťníka považuje za doručení piatym dňom odo dňa prevzatia zásielky odosielajúcim poštovým podnikom, ktorý je vyznačený na odtlačku pečiatky odosielajúceho poštového podniku; táto evidencia v informačnom systéme nemá právne účinky doručovania podľa ustanovení Občianskeho zákonníka. Poisťka je doručená s účinkami doručovania podľa ustanovení Občianskeho zákonníka dňom doručenia poisťníkovi, uložením písomnosti na pošte, ak poisťník nebol zastihnutý v mieste doručenia, alebo dňom odmietnutia prijatia zásielky s poisťkou, a to podľa toho, ktorá z uvedených skutočností nastane ako prvá.

.....
dátum

.....
podpis poisťníka/poisteného

.....
podpis druhého poisteného

Nižšie uvedený zástupca svojím podpisom potvrdzuje, že preveril totožnosť poisťníka/poisteného a údaje uvedené v tomto návrhu zodpovedajú dokladu totožnosti predloženého poisťníkom/poisteným. Zástupca potvrdzuje, že vykonal identifikáciu a overenie identifikácie poisťníka/poisteného v prípade, že je osobou inou ako poisťník, v súlade so zákonom č. 297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Získateľské číslo zástupcu:

Meno a priezvisko zástupcu:

Telefonický kontakt zástupcu:

E-mailová adresa zástupcu:

Osobné/MA číslo:

Registračné číslo NBS*:

.....
podpis a pečiatka zástupcu, Wüstenrot poisťovňa, a. s.

*nevyplníť VFA

WYSVETLIVKY

¹ Vzťah v čase podpísania návrhu na uzavretie poisťnej zmluvy.

² Vyplniť iba v prípade, ak je iná ako adresa trvalého pobytu.

³ Ak ste bez zárobkovej činnosti špecifikujte: študent, nezamestnaný, materská/rodičovská dovolenka (uvedte prosím aj zamestnanie pred materskou/rodičovskou dovolenkou), v domácnosti, dôchodca.

⁴ Fajčiar je každý, kto v čase podpísania návrhu na uzavretie poisťnej zmluvy fajčí aktívne cigarety, cigary, elektronické cigarety alebo vodnú fajku alebo iným spôsobom užíva tabakové výrobky alebo iné porovnateľné výrobky, ktoré môžu byť príčinou vzniku rakoviny. Za fajčiara sa považuje aj osoba, ktorá v minulosti fajčila, ak od posledného aktívneho fajčenia neprešlo viac ako 10 rokov.

⁵ Nefajčiar je osoba, ktorá sa vyhýba aktívnemu fajčeniu a za posledný rok pred vstupom do poistenia ani príležitostne nefajčila cigarety, cigary, elektronické cigarety alebo vodnú fajku alebo iným spôsobom neužívala tabakové výrobky alebo iné porovnateľné výrobky, ktoré môžu byť príčinou vzniku rakoviny, alebo ak uplynulo viac ako 10 rokov odkedy aktívne fajčila cigarety, cigary, elektronické cigarety alebo vodnú fajku alebo iným spôsobom užívala tabakové výrobky alebo iné porovnateľné výrobky, ktoré môžu byť príčinou vzniku rakoviny.