

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 ŽIVOTNÉHO POISTENIA KOMPLEXNÉ RIZIKOVÉ POISTENIE S VRÁTENÍM ČASTI POISTNÉHO

GDPR 08/2018/AK 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**  Právnická osoba  Fyzická osoba:  Žena  Muž <sup>1,2</sup> vid' vysvetlenie na strane 6/6

Meno, priezvisko, titul (Obchodné meno)		Dátum narodenia	
Vzťah k druhému poistenému <sup>1</sup>		Druh a číslo dokladu totožnosti	
Adresa trvalého pobytu ulica, súpisné číslo (sídlo)		Rodné číslo (IČO)	
Korešpondenčná adresa <sup>2</sup>		Obec	
Štátne občianstvo		Tel. číslo	
Povolanie <input type="checkbox"/> zamestnanec <input type="checkbox"/> SZČO / SZČO a súčasne zamestnanec		E-mail	
Označenie úradného registra/úradnej evidencie		Špecifikujte povolanie	
Ste politicky exponovanou osobou podľa zákona č. 297/2008 Z.z.?		Číslo zápisu do registra/evidencie	
<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie		Ak áno, uveďte v akom postavení	

OSOBA OPRAVNENÁ KONÄŤ V MENE

**POISTNÍKA/POISTENÉHO**  **DRUHÉHO POISTENÉHO** (napr. konateľ, člen predstavenstva, zákonný zástupca - v prípade maloletého)

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.?		PSČ	
<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie		Ak áno, uveďte v akom postavení	

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.?		PSČ	
<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie		Ak áno, uveďte v akom postavení	

**DRUHÝ POISTENÝ** Fyzická osoba:  Žena  Muž

Meno, priezvisko, titul		Dátum narodenia	
Druh a číslo dokladu totožnosti		Rodné číslo	
Adresa trvalého pobytu ulica, súpisné číslo		Obec	
Štátne občianstvo		Tel. číslo	
Povolanie <input type="checkbox"/> zamestnanec <input type="checkbox"/> SZČO / SZČO a súčasne zamestnanec		E-mail	
Ste politicky exponovanou osobou podľa zákona č. 297/2008 Z.z.?		Špecifikujte povolanie	
<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie		Ak áno, uveďte v akom postavení	

### ÚDAJE O POISTENÍ

<sup>3</sup> vid' vysvetlenie na strane 6/6

Začiatok správy poistenia	0 1	Poistná doba <sup>3</sup>	rokov	Prvá platba dňa
Poistná zmluva je uzavretá dňom doručenia poisťky poisťovníkovi. 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"/> trvalý príkaz na úhradu <input type="checkbox"/> zrážka zo mzdy	Chcete mať svoje poistenie ochránené pred infláciou?		<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie

**Upozornenie:** Poistená osoba nemôže mať súčasne dojednané poistenie pre prípad smrti - FIX spolu s iným poistením pre prípad smrti, okrem poistenia pre prípad smrti úrazom.

**Upozornenie pre blok smrti:** Každý z poistených má možnosť dojednať si ľubovoľnú kombináciu poistení.

**Upozornenie pre blok úraz:** PS pre poistenie dennej dávky za dobu nevyhnutného liečenia úrazu (DNL) môže byť maximálne vo výške 1/1000 PS dojednanej pre poistenie trvalých následkov úrazu s progresiou 400 % a zároveň deti do dovŕšenia veku 18 rokov a všetky osoby bez trvalého príjmu zo zamestnaneckého pomeru alebo podnikateľskej činnosti si môžu dojednať krytie len vo výške minimálnej PS stanovenej pre DNL.

**Upozornenie pre blok denných dávok:** Osoby bez trvalého príjmu zo zamestnaneckého pomeru alebo podnikateľskej činnosti nemôžu mať dojednané poistenie dennej dávky za pracovnú neschopnosť.

**Upozornenie:** Poistník/poistený a druhý poistený si môže zvoliť ľubovoľný blok, prípadne kombináciu blokov. V rámci bloku je možné zvoliť vždy len jeden z balíkov. Všetky poistenia uvedené v rámci zvoleného balíka sú povinné.

Variabilný symbol 1. platby

<sup>4</sup> viď vysvetlenie na strane 6/6

## ÚDAJE O POISTENÍ

základné poistenie	POISTNÍK/POISTENÝ			DRUHÝ POISTENÝ			
	POISTENIE PRE PRÍPAD:	Poistná doba	Poistná suma (PS)	Poistné za zvolené poistné obdobie*	Poistná doba	Poistná suma (PS)	Poistné za zvolené poistné obdobie*
smrti - FIX			1 0 0 0 €			1 0 0 0 €	
blok SMŔŤ	smrti s konštantnou poistnou sumou <sup>4</sup>						
	smrti s lineárne klesajúcou poistnou sumou na 0 % <sup>4</sup>						
	smrti spôsobenej úrazom <sup>4</sup>						
POISTNÍK/POISTENÝ A DRUHÝ POISTENÝ							
POISTENIE PRE PRÍPAD:	Poistná doba	Poistná suma (PS)		Poistné za zvolené poistné obdobie*			
smrti jedného z poistených s konštantnou poistnou sumou <sup>4</sup>							
smrti jedného z poistených s lineárne klesajúcou poistnou sumou na 0 % <sup>4</sup>							
blok INVALIDITA	invalidity	miera invalidity <input type="checkbox"/> nad 50 % <input type="checkbox"/> nad 70 %	€/mesačne		miera invalidity <input type="checkbox"/> nad 50 % <input type="checkbox"/> nad 70 %	€/mesačne	
	oslobodenie od platenia poistného v prípade invalidity	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie					

POISTNÍK/POISTENÝ	BALÍK BASIC	BALÍK MEDIUM	BALÍK EXCLUSIVE	Poistné za zvolené poistné obdobie*
	Poistná suma (PS)	Poistná suma (PS)	Poistná suma (PS)	
blok ÚRAZY	trvalých následkov úrazu s progresiou 400 % <sup>4</sup>			
	dennej dávky za dobu nevyhnutného liečenia úrazu		Maximálna PS	
	chirurgického zákroku v dôsledku úrazu			
blok CHOROBY	chirurgického zákroku v dôsledku choroby			
	kritickej choroby alebo vzniku diagnostikovanej skutočnosti			
blok DENNÉ DÁVKY	dennej dávky za hospitalizáciu	Maximálna PS	Maximálna PS	
	dennej dávky za pracovnú neschopnosť		Maximálna PS	
	dennej dávky za hospitalizáciu s následnou rekonvalescenciou		Maximálna PS	

**Upozornenie:** Osoby bez trvalého príjmu zo zamestnaneckého pomeru alebo podnikateľskej činnosti nemôžu mať dojednané poistenie dennej dávky za pracovnú neschopnosť.

DRUHÝ POISTENÝ	BALÍK BASIC	BALÍK MEDIUM	BALÍK EXCLUSIVE	Poistné za zvolené poistné obdobie*
	Poistná suma (PS)	Poistná suma (PS)	Poistná suma (PS)	
blok ÚRAZY	trvalých následkov úrazu s progresiou 400 % <sup>4</sup>			
	dennej dávky za dobu nevyhnutného liečenia úrazu		Maximálna PS	
	chirurgického zákroku v dôsledku úrazu			
blok CHOROBY	chirurgického zákroku v dôsledku choroby			
	kritickej choroby alebo vzniku diagnostikovanej skutočnosti			
blok DENNÉ DÁVKY	dennej dávky za hospitalizáciu	Maximálna PS	Maximálna PS	
	dennej dávky za pracovnú neschopnosť		Maximálna PS	
	dennej dávky za hospitalizáciu s následnou rekonvalescenciou		Maximálna PS	

**Upozornenie:** Osoby bez trvalého príjmu zo zamestnaneckého pomeru alebo podnikateľskej činnosti nemôžu mať dojednané poistenie dennej dávky za pracovnú neschopnosť.

\* Poistné obdobie

- mesačné     štvrtročné  
 polročné     ročné

Poistné za zvolené poistné obdobie\*\*

\*\* Všetky kalkúlace poistného opíšte z ponuky poistenia z kalkulačky Einstein alebo WOP.

OTÁZKA	POISTNÍK / POISTENÝ	DRUHÝ POISTENÝ
Vykonávate rizikový šport, zájmovú činnosť alebo rizikové povolanie podľa čl. 2 bod 21 a 22 VPP-KRP?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie
Ste nepoistiteľnou osobou podľa čl. 6 ods. 1 VPP-KRP?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

OTÁZKA	POISTNÍK / POISTENÝ	DRUHÝ POISTENÝ
1. Aká je vaša telesná výška a hmotnosť?	cm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	cm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Ste fajčiar? Ak áno, uveďte koľko kusov cigariet vyfajčíte denne.	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie počet ks <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie počet ks <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Ste v súčasnej dobe pracovne neschopný? Boli ste v posledných 12 mesiacoch pracovne neschopný nepretržite dlhšie ako jeden mesiac?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie
4. Uveďte, či trpíte alebo ste trpeli 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, kŕčové žily),	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie
b) dýchacích orgánov (napr. chronický zápal priedušiek, astma, tuberkulóza) iné choroby pľúc, dýchacích ciest,	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie
c) pažeráka, žalúdka, dvanástnika, tenkého alebo hrubého čreva, konečníka, pečene, žlčníka alebo pankreasu; žltackou, inými chorobami tráviacich orgánov,	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie
d) pohlavných orgánov, obličiek a močových ciest (napr. bielkovina alebo krv v moči),	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie
e) látkovej výmeny alebo žliaz s vnútorným vylučovaním (napr. cukrovka, poruchy funkcie štítnej žľazy, zvýšený cholesterol, zvýšené triglyceridy, dna), iné choroby metabolizmu,	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie
f) krvi alebo imunitného systému (napr. zmeny krvného obrazu, porucha zrážanlivosti krvi, hemofília, anémia (chudokrvnosť), leukémia, ochorenia sleziny, alergie),	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie
g) očí (ak áno uviesť počet dioptrií) alebo uší (napr. poruchy videnia, slepota, ochorenie sietnice, poruchy sluchu, hluchota, hluchonemost),	<input type="checkbox"/> áno pravé oko <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nie ľavé oko <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> áno pravé oko <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nie ľavé oko <input type="text"/>
h) kože (napr. psoriáza, ruža (erysipell)),	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie
i) kostí, kĺbov alebo svalov (napr. choroby chrčtice, dlhšie pretrvávajúce bolesti v končatinách, reumatizmus),	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie
j) mozgu, nervov alebo duševné ochorenia (napr. silné bolesti hlavy, závrate, epilepsia, záchvaty, ochrnutie, mŕtvica, skleróza multiplex, duševné poruchy, depresie, pokus o samovraždu),	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie
k) zhubné nádorové ochorenia (rakovina) alebo nezhubné nádorové ochorenia (napr. cysty, myómy, adenómy, lipómy, polypy atď.),	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie
l) infekčné, vírusové, bakteriálne alebo plesňové ochorenia (napr. Lymská borelióza, mononukleóza, malária),	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie
m) úrazy, ktoré vám zanechali trvalé následky; ak áno, uveďte druh a rozsah trvalých následkov,	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie
n) iné tu neuvedené ochorenia, poškodenia zdravia alebo telesné chyby.	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie
5. Boli u vás niekedy zistené nepriaznivé výsledky pri špeciálnych vyšetreniach (EKG, MRI, počítačová tomografia (CT), röntgenové vyšetrenie, ultrazvuk, PET, vyšetrenie moču a krvi, genetické testy alebo iné špeciálne vyšetrenia)? Prípadne čakáte na výsledok takejto vyšetrenia?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie
6. Užívate alebo ste užívali pravidelne lieky?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie
7. Užívate alebo ste užívali návykové látky (napr. drogy) alebo ste sa niekedy podrobili liečbe zo závislosti na alkohole, návykových látkach, hráčtve alebo vám táto liečba bola nariadená prípadne odporučená?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie
8. Podstúpili ste nejaké hospitalizácie (z dôvodu diagnostiky, operácie, liečenia a pod.), alebo je u vás hospitalizácia plánovaná, prípadne vám bola odporučená? Ak áno, priložte kópiu prepúšťacej správy (správu nie je potrebné prikladať z operácií slepého čreva alebo mandlí).	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie
9. Ste invalidný dôchodca alebo ste žiadali o invalidný dôchodok, prípadne bola u vás posudzovaná invalidita? Ak áno, bola vám invalidita priznaná?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie
10. Bola vaša žiadosť o uzavretie životného poistenia odmietnutá inou poisťovňou alebo prijatá za sťažených podmienok? Ak áno, akou poisťovňou a prečo?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie
11. Vyskytli sa u niektorého z vašich biologických rodičov alebo súrodencov pred dosiahnutím veku 60 rokov srdcovo-cievne ochorenia (napríklad hypertenzia, infarkt myokardu, náhla cievna mozgová príhoda, hypertrofická kardiomyopatia); cukrovka; zhubné nádory; polycystické ochorenie obličiek; Alzheimerova choroba; Parkinsonova choroba; Skleróza multiplex; Huntingtonova chorea a iné?	Choroba <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> Nie
	Vek v čase diagnostikovania choroby <input type="text"/> rokov	<input type="text"/> rokov
12. Ak ste nepoistiteľnou osobou podľa čl. 6 VPP-ŽP, špecifikujte či ste osoba:	Poistník / Poistený <input type="checkbox"/> pracovne <input type="checkbox"/> pripútaná <input type="checkbox"/> infikovaná <input type="checkbox"/> poberajúca invalidný dôchodok alebo invalidná Druhý poistený <input type="checkbox"/> neschopná <input type="checkbox"/> na lôžko <input type="checkbox"/> vírusom HIV <input type="checkbox"/> dôchodok alebo invalidná	<input type="checkbox"/> pozbavená spôsobilosti na právne úkony alebo <input type="checkbox"/> spôsobilosť na právne úkony je obmedzená <input type="checkbox"/> zdravotne ťažko postihnutá, aj keď neuznaná ako osoba invalidná

13. Ak ste na niektorú z otázok 4. – 12. odpovedali ÁNO, tu prosím uveďte podrobnosti, s číslom otázky, ktorú dopĺňate:

	Číslo otázky	Popis	Kedy? Ako dlho?
Poistník/poistený			
Druhý poistený			

**i** Ak v návrhu pri jednotlivých otázkach nie je označená odpoveď „áno“, ani odpoveď „nie“, platí ako odpoveď „nie“.

Variabilný symbol 1. platby

## PRACOVNÁ A ZÁUJMOVÁ ČINNOSŤ

\* v kolónke povolanie na strane 1/6 uveďte posledné vykonávané povolanie pred materskou/rodičovskou dovolenkou

	POISTNÍK/POISTENÝ	DRUHÝ POISTENÝ
<b>Ak ste bez zárobkovej činnosti, špecifikujte</b>	<input type="checkbox"/> materská/rodičovská dovolenka* <input type="checkbox"/> invalidný dôchodca <input type="checkbox"/> nezamestnaný <input type="checkbox"/> dôchodca <input type="checkbox"/> študent <input type="checkbox"/> v domácnosti	<input type="checkbox"/> materská/rodičovská dovolenka* <input type="checkbox"/> invalidný dôchodca <input type="checkbox"/> nezamestnaný <input type="checkbox"/> dôchodca <input type="checkbox"/> študent <input type="checkbox"/> v domácnosti
<b>Vykonávate pravidelne nejaký šport? Uveďte názov športu</b>	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie <input type="text"/>
<b>Ak áno, uveďte podrobnosti</b>	Spôsob vykonávania: <input type="checkbox"/> profesionálne <input type="checkbox"/> registrovaný v športovom klube <input type="checkbox"/> inak Rozsah: <input type="checkbox"/> celoštátne/medzinárodné súťaže <input type="checkbox"/> regionálne súťaže	Spôsob vykonávania: <input type="checkbox"/> profesionálne <input type="checkbox"/> registrovaný v športovom klube <input type="checkbox"/> inak Rozsah: <input type="checkbox"/> celoštátne/medzinárodné súťaže <input type="checkbox"/> regionálne súťaže
<b>Vykonávate iné rizikové aktivity? Uveďte aké</b>	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie <input type="text"/>

## OPRÁVNENÉ OSOBY PRE PRÍPAD SMRTI POISTNÍKA/POISTENÉHO

<sup>1</sup> vid' vysvetlenie na strane 6/6

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

## OPRÁVNENÉ OSOBY PRE PRÍPAD SMRTI DRUHÉHO POISTENÉHO

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

## ZIADOSŤ O VINKULÁCIU POISTNÉHO PLNENIA

	POISTNÍK/POISTENÝ	DRUHÝ POISTENÝ
Vinkulovaná suma	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
Poistenie		
Číslo účtu vinkulárneho veriteľa	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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 spoločností patriacich do skupiny Wüstenrot rôznou formou, ako napr. zasielaním propagačných materiálov, letákov a časopisov poštou ako aj elektronicke, 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 elektronicke 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

### Vyhlásenia poisťníka/poisteného a druhého poisteného:

Poisťník/poistený/druhý poistený/osoba oprávnená konať v mene poisťníka je povinná poisťovní bezodkladne oznámiť vznik alebo zánik statusu politicky exponovanej osoby podľa zákona č. 297/2008. Z.z.

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 komplexné rizikové poistenie s vrátením časti poisteného.

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

Poisťník/poistený dáva podpisom tohto návrhu poisťnej zmluvy súhlas Wüstenrot poisťovní, 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 poisťnej zmluvy a po jej zániku až do skončenia likvidácie akýchkoľvek poisťných udalostí, ktoré trvajú po zániku poisťnej zmluvy. Zároveň na tento účel zbavuje povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči Wüstenrot poisťovní, 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 poisťníka aj o nahliadnutie do jeho zdravotnej dokumentácie a podľa potreby aj o úradné overenie jeho podpisu na plnomocenstve.

Druhý poistený dáva podpisom tohto návrhu poisťnej zmluvy súhlas Wüstenrot poisťovní, 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 poisťnej zmluvy a po jej zániku, až do skončenia likvidácie akýchkoľvek poisťných udalostí, ktoré trvajú po zániku poisťnej zmluvy. Zároveň na tento účel zbavuje povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči Wüstenrot poisťovní, 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 poisťníka aj o nahliadnutie do jeho zdravotnej dokumentácie a podľa potreby aj o úradné overenie jeho podpisu na plnomocenstve.

Neoddeliteľnou súčasťou poisťnej zmluvy Komplexného rizikového poistenia s vrátením časti poisteného sú Všeobecné poisťné podmienky pre komplexné rizikové poistenie s vrátením časti poisteného, Oceňovacie tabuľky pre poistenie dennej dávky za dobu nevyhnutného liečenia úrazu, Oceňovacie tabuľky pre poistenie trvalých následkov úrazu s progresiou 400 %, Oceňovacie tabuľky pre poistenie chirurgického zákroku v dôsledku úrazu, Oceňovacie tabuľky pre poistenie chirurgického zákroku v dôsledku choroby a ak poisťná zmluva spĺňa podmienky pre dojednanie poistenia zdravotných asistenčných služieb alebo poistenia druhého lekárskeho názoru, aj Osobitné poisťné podmienky pre poistenie zdravotných asistenčných služieb alebo Osobitné poisťné podmienky pre poistenie druhého lekárskeho názoru.

Poisťovňa vystaví poisťku ako oznámenie o prijatí návrhu poisťníka. Začiatok poistenia je uvedený na poisťke. Pre účely uzavretia poisťnej zmluvy sa poisťka zasielaná poisťovňou do vlastných rúk alebo doporučene na poslednú známu adresu poisťníka považuje za doručenu piatym dňom odo dňa prevzatia zásielky odosielajúcim poisťovým podnikom, ktorý je vyznačený na odťažku pečiatky odosielajúceho poisťového podniku.

### Vyhlásenia poisťníka/poisteného a druhého poisteného:

Vyhlasujem, že som sa oboznámil so Všeobecnými poisťnými podmienkami pre komplexné rizikové poistenie s vrátením časti poisteného, Oceňovacími tabuľkami pre poistenie dennej dávky za dobu nevyhnutného liečenia úrazu, Oceňovacími tabuľkami pre poistenie trvalých následkov úrazu s progresiou 400 %, Oceňovacími tabuľkami pre poistenie chirurgického zákroku v dôsledku úrazu, Oceňovacími tabuľkami pre poistenie chirurgického zákroku v dôsledku choroby, Formulárom o dôležitých zmluvných podmienkach uzatváraanej poisťnej zmluvy Komplexného rizikového poistenia s vrátením časti poisteného, Informáciami o spracúvaní osobných údajov a s ďalšími údajmi podľa § 792a Občianskeho zákonníka (sú obsiahnuté v návrhu poisťnej zmluvy a Všeobecných poisťných podmienkach pre komplexné rizikové poistenie s vrátením časti poisteného) a ak poisťná zmluva spĺňa podmienky pre dojednanie poistenia zdravotných asistenčných služieb alebo poistenia druhého lekárskeho názoru aj s Osobitnými poisťnými podmienkami pre poistenie zdravotných asistenčných služieb alebo s Osobitnými poisťnými podmienkami pre poistenie druhého lekárskeho názoru.

### Vyhlásenia poisťníka:

Vyhlasujem, že som sa oboznámil so Všeobecnými poisťnými podmienkami pre komplexné rizikové poistenie s vrátením časti poisteného, Oceňovacími tabuľkami pre poistenie dennej dávky za dobu nevyhnutného liečenia úrazu, Oceňovacími tabuľkami pre poistenie trvalých následkov úrazu s progresiou 400 %, Oceňovacími tabuľkami pre poistenie chirurgického zákroku v dôsledku úrazu, Oceňovacími tabuľkami pre poistenie chirurgického zákroku v dôsledku choroby, Formulárom o dôležitých zmluvných podmienkach uzatváraanej poisťnej zmluvy Komplexného rizikového poistenia s vrátením časti poisteného, Informáciami o spracúvaní osobných údajov a s ďalšími údajmi podľa § 792a Občianskeho zákonníka (sú obsiahnuté v návrhu poisťnej zmluvy a Všeobecných poisťných podmienkach pre komplexné rizikové poistenie s vrátením časti poisteného) a ak poisťná zmluva spĺňa podmienky pre dojednanie poistenia zdravotných asistenčných služieb alebo poistenia druhého lekárskeho názoru aj s Osobitnými poisťnými podmienkami pre poistenie zdravotných asistenčných služieb alebo s Osobitnými poisťnými podmienkami pre poistenie druhého lekárskeho názoru a v písomnej forme som tieto dokumenty prevzal.

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

### Iné vyhlásenia:

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 komplexné rizikové poistenie s vrátením časti poisteného.

.....  
dátum

.....  
podpis poisťníka/poisteného alebo jeho zákonného zástupcu  
(ak za poisťníka, maloletého, podpisuje zákonný zástupca,  
uvedte vzťah k poisťníkovi, napr. matka)

.....  
podpis druhého poisteného alebo jeho zákonného zástupcu  
(ak za poisteného, maloletého, podpisuje zákonný zástupca,  
uvedte vzťah k druhému poistenému, napr. matka)

**i** Ak v návrhu pri jednotlivých otázkach nie je označená odpoveď „áno“, ani odpoveď „nie“, platí ako odpoveď „nie“.

Variabilný symbol 1. platby

Nižšie uvedený zástupca svojím podpisom potvrdzuje, že preveril totožnosť poistníka/poisteného a údaje uvedené v tomto návrhu zodpovedajú dokladu totožnosti predloženého poistníkom/poisteným. Zástupca potvrdzuje, že vykonal identifikáciu a overenie identifikácie poistníka/poisteného v prípade, že je osobou inou ako poistník, 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:	<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

## BONUSY K POISTENIAM

	BALÍK BASIC	BALÍK MEDIUM	BALÍK EXCLUSIVE
<b>Blok ÚRAZY</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>podmienené vrátenie časti zaplateného poistného,</li> <li>poistenie trvalých následkov úrazu s progresiou 400 % pre deti poisteného,</li> <li>preplatenie rehabilitačných nákladov a nákladov na kozmetické operácie pre poisteného a jeho deti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>podmienené vrátenie časti zaplateného poistného,</li> <li>poistenie trvalých následkov úrazu s progresiou 400 % pre deti poisteného,</li> <li>preplatenie rehabilitačných nákladov a nákladov na kozmetické operácie pre poisteného a jeho deti,</li> <li>poistenie dennej dávky za dobu nevyhnutného liečenia úrazu pre deti poisteného</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>podmienené vrátenie časti zaplateného poistného,</li> <li>poistenie trvalých následkov úrazu s progresiou 400 % pre deti poisteného,</li> <li>preplatenie rehabilitačných nákladov a nákladov na kozmetické operácie pre poisteného a jeho deti,</li> <li>poistenie dennej dávky za dobu nevyhnutného liečenia úrazu pre deti poisteného,</li> <li>poistenie chirurgického zákroku v dôsledku úrazu pre deti poisteného,</li> <li>zdravotné asistenčné služby pre poisteného a jeho rodinu (ak je ročné poistné za poistnú zmluvu 480 € a viac)</li> </ul>
<b>Blok CHOROBY</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>podmienené vrátenie časti zaplateného poistného,</li> <li>poistenie chirurgického zákroku v dôsledku choroby pre deti poisteného</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>podmienené vrátenie časti zaplateného poistného,</li> <li>poistenie pre prípad kritickej choroby alebo vzniku diagnostikovanej skutočnosti pre deti poisteného</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>podmienené vrátenie časti zaplateného poistného,</li> <li>poistenie chirurgického zákroku v dôsledku choroby pre deti poisteného,</li> <li>poistenie pre prípad kritickej choroby alebo vzniku diagnostikovanej skutočnosti pre deti poisteného,</li> <li>2. lekársky názor pre poisteného a jeho rodinu (ak je ročné poistné za poistnú zmluvu 480 € a viac)</li> </ul>
<b>Blok DENNÉ DÁVKY</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>podmienené vrátenie časti zaplateného poistného,</li> <li>poistenie dennej dávky za hospitalizáciu pre deti poisteného</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>podmienené vrátenie časti zaplateného poistného,</li> <li>poistenie dennej dávky za hospitalizáciu pre deti poisteného,</li> <li>poistenie dennej dávky za pracovnú neschopnosť pre deti poisteného</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>podmienené vrátenie časti zaplateného poistného,</li> <li>poistenie dennej dávky za hospitalizáciu s následnou rekonvalescenciou pre deti poisteného,</li> <li>poistenie dennej dávky za pracovnú neschopnosť pre deti poisteného,</li> <li>zdravotné asistenčné služby pre poisteného a jeho rodinu (ak je ročné poistné za poistnú zmluvu 480 € a viac)</li> </ul>

## WSVETLIVKY

<sup>1</sup> Vzťah v čase podpisania návrhu na uzavretie poistnej zmluvy.

<sup>2</sup> Vyplniť iba v prípade, ak je iná ako adresa trvalého pobytu.

<sup>3</sup> Poistná doba pre celú poistnú zmluvu je zhodná s najdlhšou poistnou dobou stanovenou pre niektoré z voliteľných poistení pre prípad smrti. Pokiaľ si klient nezvolil ani jedno poistenie pre prípad smrti (okrem poistenia smrti - FIX), v návrhu poistnej zmluvy stanoví poistnú dobu spoločnú pre všetky dojednané poistenia z blokov úraz, choroba, denné dávky a pre poistenie invalidity. Poistenie pre prípad **trvalých následkov úrazu s progresiou 400 %**, **smrti spôsobenej úrazom**, **smrti s konštantnou poistnou sumou**, **smrti s lineárne klesajúcou poistnou sumou na 0 %**, **smrti jedného z poistených s konštantnou poistnou sumou**, **smrti jedného z poistených s lineárne klesajúcou poistnou sumou na 0 %**, **chirurgického zákroku v dôsledku úrazu** automaticky prestáva byť súčasťou poistnej zmluvy uplynutím poistného roka, ktorého koniec prípadne na kalendárny rok, v ktorom poistený/druhý poistený dovŕši vek 75 rokov. **Poistenie dennej dávky za dobu nevyhnutného liečenia úrazu**, **oslobodenia od platenia poistného v prípade invalidity**, **poistenia invalidity**, **diagnostikovania kritickej choroby alebo vzniku diagnostikovanej skutočnosti**, **chirurgického zákroku v dôsledku choroby**, **dennej dávky za hospitalizáciu**, **dennej dávky za hospitalizáciu s následnou rekonvalescenciou** a **poistenie dennej dávky za pracovnú neschopnosť** automaticky prestávajú byť súčasťou poistnej zmluvy uplynutím poistného roka, ktorého koniec prípadne na kalendárny rok, v ktorom poistený/druhý poistený dovŕši vek 65 rokov. **Poistenie pre prípad smrti - FIX** zaniká dňom zániku všetkých ostatných poistení toho istého poisteného.

<sup>4</sup> Vid' tabuľka.

### Informácie pre dojednanie poistenia bez ocenenia rizika

Poistenie pre prípad:	Maximálna PS bez ocenenia rizík poisteného:	
smrti s konštantnou poistnou sumou	2 000 €	Pri dojednaní kombinácie týchto poistení vyplňte Zdravotný dotazník a časť Pracovná a záujmová činnosť.  Ak dojednaná PS prekročí uvedenú hranicu, alebo je dojednané akékoľvek iné poistenie, vyplňte Zdravotný dotazník a časť Pracovná a záujmová činnosť.
smrti s lineárne klesajúcou poistnou sumou na 0 %	2 000 €	
smrti jedného z poistených s konštantnou poistnou sumou	2 000 €	
smrti jedného z poistených s lineárne klesajúcou poistnou sumou na 0 %	2 000 €	
smrti spôsobenej úrazom	20 000 €	
trvalých následkov úrazu s progresiou 400 %	5 000 €	