

W DOBROM AJ V ZLOM

Wüstenrot poisťovňa, a.s.
 Digital Park I, Einsteinova 21
 851 01 Bratislava, SR
 IČO: 31 383 408, DIČ: 2020843561
 IČ DPH: SK7120001559
 Obchodný register Okresného súdu
 Bratislava I, oddiel 5a, vložka č. 757/B
 www.wuestenrot.sk

01/2023

Čestné prehlásenie k Investičnému životnému poisteniu W Dobrom Budúcnosť a Informácia o predpokladanom vývoji hodnoty fondového účtu

ÚDAJE O POISTNÍKOVI

Meno, priezvisko, titul:

Adresa trvalého bydliska:

Rodné číslo/Dátum narodenia:

Číslo návrhu na uzavretie poistnej zmluvy (ďalej len „návrh“):

ÚDAJE O POISTENOM (VYPLNIŤ IBA V PRÍPADE, AK NIE JE TOTOŽNÝ S POISTNÍKOM)

Meno, priezvisko, titul:

Adresa trvalého bydliska:

Rodné číslo/Dátum narodenia:

Prehlasujem, že pri spisovaní návrhu som bol oboznámený s predpokladaným vývojom hodnoty fondového účtu na konci poistnej doby, pričom predpokladaný vývoj hodnoty fondového účtu na konci poistnej doby je:

pri zhodnotení 0 % p.a. € pri zhodnotení 3,5 % p.a. € pri zhodnotení 7 % p.a. €

Bol som informovaný, že uvedené hodnoty sú vzorovým prepočtom. Vzorový prepočet je splnením povinnosti podľa § 792a Občianskeho zákonníka a zo vzorového prepočtu nevyplývajú poistníkovi ani poistenému žiadne nároky voči Wüstenrot poisťovni, a.s..

Prehlasujem, že pri spisovaní návrhu som bol oboznámený s **výškou mesačných rizikových príspevkov za poistenia:**

Poistník/1.poistený

Mesačný rizikový príspevok

Poistenie pre prípad smrti s konštantnou poistnou sumou

, €

Poistenie pre prípad smrti úrazom

, €

Poistenie pre prípad smrti úrazom pri dopravnej nehode

, €

Poistenie dennej dávky za hospitalizáciu z dôvodu úrazu s následnou rekonvalescenciou

, €

Poistenie pre prípad trvalých následkov úrazu s progresiou 400 %

, €

Poistenie dennej dávky za dobu nevyhnutného liečenia úrazu

, €

INÉ DOPLNENIA K NÁVRHU

Zároveň čestne prehlasujem, že od podpisu návrhu ku dňu podpisu tohto čestného prehlásenia, nedošlo ku žiadnej zmene v údajoch, ktoré boli uvedené v návrhu, najmä k zmene môjho zdravotného stavu, pracovnej alebo záujmovej činnosti (zdravotného stavu, pracovnej ani záujmovej činnosti poisteného).

V dňa

.....
 vlastnoručný podpis poistníka,
 prípadne jeho zákonného zástupcu

.....
 vlastnoručný podpis poisteného,
 prípadne jeho zákonného zástupcu