

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

05/2019

Čestné prehlásenie k Investičnému životnému poisteniu 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 2. POISTENOM:

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 zhodnutí 0 % p.a. €

pri zhodnutí 3,5 % p.a. €

pri zhodnutí 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	2.poistený
	Mesačný rizikový príspevok	Mesačný rizikový príspevok
Poistenie pre prípad smrti s konštantnou poistnou sumou	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Poistenie pre prípad smrti s lineárne klesajúcou poistnou sumou na 0 %	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Komplexné poistenie kritických chorôb	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Poistenie srdcovo-cievnych kritických chorôb	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Poistenie nádorových kritických chorôb	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Poistenie neurologických a ďalších špecifikovaných kritických chorôb	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Poistenie chirurgického zákroku v dôsledku choroby	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Poistenie dennej dávky za pracovnú neschopnosť kareňná doba/ plnenie od <input type="checkbox"/> 14dní/15.deň <input type="checkbox"/> 60 dní/1.deň	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Poistenie dennej dávky za hospitalizáciu s následnou rekonvalescenciou	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Poistenie smrti spôsobenej úrazom	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €

Poistenie trvalých následkov úrazu s progresiou 400 %	□□□□, □□ €	□□□□, □□ €
Poistenie chirurgického zákroku v dôsledku úrazu	□□□□, □□ €	□□□□, □□ €
Poistenie dennej dávky za dobu nevyhnutného liečenia úrazu	□□□□, □□ €	□□□□, □□ €
Poistenie pre prípad invalidity nad 40 % s konštantnou poistnou sumou s jednorazovou výplátou	□□□□, □□ €	□□□□, □□ €
Poistenie pre prípad invalidity nad 40 % s lineárne klesajúcou poistnou sumou na 0 % s jednorazovou výplátou	□□□□, □□ €	□□□□, □□ €
Poistenie pre prípad invalidnej renty nad 70 % invalidity	□□□□, □□ €	□□□□, □□ €
Poistenie oslobodenia od platenia poistného v prípade invalidity poistníka nad 70 %	□□□□, □□ €	_____
Poistenie oslobodenia od platenia poistného v prípade smrti poistníka	□□□□, □□ €	_____

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 2. poisteného,
prípadne jeho zákonného zástupcu