

.....
finančný agent / zamestnanec
(meno a priezvisko, získaťské / identifikačné číslo)

ŽIADANKA_životné poistenia
(žiadost' o vykonanie zmeny)

.....
.....
meno, priezvisko, dátum narodenia, adresa / obchodné meno, IČO, sídlo poistníka, telefón alebo e-mail

V poistnej zmluve - predbežné žiadam o zmenu / o:
číslo PZ / číslo PZ*

- mena poistníka/poisteného* na:
- adresy: trvalej korešpondenčnej na všetkých PZ na vyššie uvedenej PZ
poistníka/poisteného* na:
ulica: súp. č.: or.č.:.....
obec:..... PSČ: krajina:.....

- spôsobu platenia na: poštový peňažný poukaz bankový prevod
- lehoty platenia na: mesačne štvrťročne polročne ročne dynamika - áno/nie*
(údaje o dynamike vyplniť pri žiadosti podanej 3 mesiace a neskôr pred výročným dňom začiatku poistenia)

oprávnenej osoby pre poisteného (meno a priezvisko) na:

Meno, priezvisko, rodné číslo alebo vzťah	%	Meno, priezvisko, rodné číslo alebo vzťah	%

oprávnenej osoby pre poisteného poistníka (meno a priezvisko.....) na:

Meno, priezvisko, rodné číslo alebo vzťah	%	Meno, priezvisko, rodné číslo alebo vzťah	%

(len v prípade programov Flexi Život a Flexi Život Plus)

dopoistenie***** voliteľného poistenia:

	Pre poisteného poistníka / Pre poistenú osobu / Pre poistené dieťa*	Pre poisteného poistníka / Pre poistenú osobu / Pre poistené dieťa*	Pre poisteného poistníka / Pre poistenú osobu / Pre poistené dieťa*	Pre poisteného poistníka / Pre poistenú osobu / Pre poistené dieťa*	Pre poisteného poistníka / Pre poistenú osobu / Pre poistené dieťa*
Voliteľné poistenie					
PS ¹⁾ / DD ²⁾ / A ³⁾					
Zamestnanie - RS ⁴⁾ prof. skup.					
Dopoistenie od					
PD ⁵⁾ / do veku					
Koniec poistenia					

¹⁾poistná suma ²⁾denná dávka ³⁾anuita ⁴⁾riziková skupina ⁵⁾poistná doba
V prípade, že dopoistujete viac ako 5 poistení - pokračujte v časti Iná zmena.

Tl. č. 5252/xm - x/201x



(okrem kapitálového životného poistenia je nevyhnutné uviesť aj deň a mesiac konca poistenia / totožný s koncom hlavného poistenia, v prípade dopoistovania do programu Senior vyplniť dotazník k programu Senior na konci žiadanky pred vyhláseniami)

V prípade dopoistovania poistenia UN1 je nevyhnutné uviesť zamestnávateľa osoby, ktorej sa UN1 dopoistuje:

poisteného

poistníka

V prípade dopoistenia Z6 je nevyhnutné doplniť adresu spoločnej domácnosti:

.....

odpoistenie***** voliteľného poistenia poistníka / poisteného*

.....
(uviesť dátum, odkedy má byť voliteľné poistenie odpoistené - najskôr možný je najbližší deň zhodný s dňom začiatku poistenia po doručení žiadosti alebo v zmysle ustanovenia § 800 ods. 1 zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov, ďalej len „O.z.“)

rizikovej skupiny/profesijnej skupiny* poistníka / poisteného*

(v UP z dôvodu zmeny zamestnania, športu alebo v UZ pri zmene profesijnej skupiny)

zrušenie***** PZ v zmysle § 800 O.z.

odkupnú hodnotu a prípadný preplatok žiadam poslať na adresu/účet*

.....

zrušenie***** PZ v zmysle § 802a O.z.

prípadný preplatok žiadam poslať na adresu/účet*

zrušenie PZ náhradou ku dňu

rezervu žiadam použiť do novouzatvorenej PZ na základe vypracovanej ponuky náhrady (predbežné číslo PZ)

prípadný preplatok žiadam použiť nasledovne

.....

čiastočný odkup***** z VPO 5G / VPO 6G* vo výške EUR

žiadam poslať na adresu / účet*

uhrádzanie poistného v existujúcej PZ** z VPO 5G / VPO 6G*:

uvedte predbežné číslo PZ / číslo PZ*

do dátumu (posledná úhrada):

uhrádzanie poistného v novouzavretej PZ*** životného poistenia z VPO 5G / VPO 6G*:

uvedte predbežné číslo PZ / číslo PZ*

do dátumu (posledná úhrada):

Zároveň žiadam o priznanie bonusu za novouzavretú PZ*** životného poistenia.

priznanie bonusu za novouzavretú PZ*** životného poistenia z VPO 5G / VPO 6G*:

uvedte predbežné číslo PZ / číslo PZ*

.....



návrh na dojednanie Poistenia za mimoriadne poistné (PMP), ak je dojednané kapitálové životné poistenie*****

Poistenie za mimoriadne poistné (PMP) je na základe tohto návrhu uzavreté dňom zaplataenia mimoriadneho poistného vo výške najmenej 150 EUR, pričom za zaplataenie mimoriadneho poistného sa rozumie pripísanie sumy na bankový účet poisťovateľa číslo SK30 1100 0000 0029 2212 2927 pod variabilným symbolom, ktorým je predbežné číslo poistnej zmluvy alebo číslo poistnej zmluvy.

Návrh je možné prijať len počas trvania kapitálového životného poistenia, najneskôr však 10 rokov pred uplynutím poistnej doby kapitálového životného poistenia. Ak sú v poistnej zmluve dojednané dve kapitálové životné poistenia, tento návrh je možné prijať najneskôr 10 rokov pred uplynutím poistnej doby kapitálového životného poistenia s dlhšou poistnou dobou.

Poistenie za mimoriadne poistné (PMP) sa riadi osobitnými poistnými podmienkami pre poistenie za mimoriadne poistné (PMP).

odkup***** z PMP: čiastočný úplný

vo výške

uvedenú sumu žiadam zaslať na adresu / účet*:

pravidelný čiastočný odkup***** z PMP na uhrádzanie poistného v predmetnej PZ za obdobie:

od: do:

pôžičku*****: z dôchodkového poistenia z kapitálového životného poistenia

Žiadam o poskytnutie pôžičky vo výške súhlasím so znížením celkovej rezervy poistného v čase prvej výplaty poistného plnenia pre prípad smrti alebo dožitia a s následnou úpravou výšky ročného dôchodku / súhlasím so znížením poistného plnenia pre prípad smrti alebo dožitia (resp. čiastočnej výplaty)* o hodnotu nesplatennej pôžičky vrátane úrokov*****.

Peniaze žiadam poslať na adresu / účet*:

Peniaze žiadam použiť na uhradenie poistného v predmetnej poistnej zmluve za obdobie: (maximálne však na 12 mesiacov)

vrátenie pôžičky:

Dovoľujem si Vám oznámiť, že som do rezervy predmetnej poistnej zmluvy vrátil / a poskytnutú pôžičku aj s úrokmi***** (v takej výške akú ste mi oznámili). Prikladám doklad o zaplataení.

iná zmena (v prípade zvýšenia poistnej sumy (v UP) v programe Senior vyplniť dotazník pre program

Senior na konci žiadanky pred vyhláseniami)

.....
.....
.....
.....

Prílohy:.....

.....
.....
.....



V poistnej zmluve - predbežné
číslo PZ / číslo PZ*

Dotazník pre program Senior.

- | | Áno | Nie |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Ste odkázaný na opatrovanie alebo asistenciu inej osoby v rozsahu 4 a viac hodín denne? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ste alebo boli ste v posledných 3 mesiacoch hospitalizovaný v nemocnici alebo inom zdravotníckom zariadení? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Požiadali ste o umiestnenie alebo ste umiestnený v zariadení sociálnych služieb z dôvodu odkázanosti na pomoc inej osoby? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Poistník svojím podpisom na tejto žiadanke berie na vedomie, že osobné údaje nachádzajúce sa na tejto žiadanke je poisťovateľovi povinný poskytnúť v zmysle platného zákona o poisťovníctve a že budú spracované v informačnom systéme poisťovateľa. Zároveň berie na vedomie, že poisťovateľ je oprávnený získať uvedené osobné údaje kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním na nosič informácií. Zároveň dáva súhlas: s poskytnutím osobných údajov tretím osobám v súvislosti so správou poistenia, likvidáciou poistných udalostí, vymáhaním pohľadávok a zaistovníam na účely zaistenia, s cezhraničným prenosom osobných údajov vykonávaným na účely správy poistenia a na účely likvidácie poistných udalostí do krajín, ktoré zaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov, ako aj do krajín, ktoré nezaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov. Zároveň prehlasuje, že v prípade, ak sú v poistnej zmluve, prípadne v tejto žiadanke, uvedené osobné údaje inej osoby, má od tejto osoby písomný súhlas k použitiu jej osobných údajov za účelom správy poistenia v zmysle poistnej zmluvy, plnenia podľa poistných podmienok a likvidácie poistnej udalosti. Poistník je povinný nahlásiť poisťovateľovi akúkoľvek zmenu svojich osobných údajov, ako aj zmenu osobných údajov poistených resp. oprávnených osôb.

V súvislosti s dojednaním pripoistenia nezamestnanosti a pracovného úrazu s následkom smrti poistený vyhlasuje, že súhlasí s tým, aby poisťovateľ zisťoval a prešetroval dôležité skutočnosti, týkajúce sa pracovného úrazu a splnomocňuje orgány činné v konaní o pracovnom úraze k vyhotoveniu dokumentácie za účelom vybavovania poistnej udalosti aj na dobu po jeho smrti. Zároveň zbavuje povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči poisťovateľovi všetky orgány činné v konaní o pracovnom úraze. Poistený vyhlasuje, že súčasne spĺňa všetky podmienky stanovené pre poistiteľné osoby v „Poistných podmienkach (ďalej len „PP“) pre poistenie nezamestnanosti“. V prípade dojednania poistenia Doktor+ (SMO), ako poistený v poistení Doktor+ vyhlasujem, že k dátumu dojednania tohto poistenia nie som invalidný dôchodca s poklesom schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 70 % a nie som žiadateľom o invalidný dôchodok.

Poistník a poistený svojimi podpismi na tejto žiadanke dávajú na účely poistenia Allianz Best Doctors súhlas Poisťovateľovi a spoločnosti Best Doctors Services, S.L.U., C / Almagro 36 - 1º, 28010 - Madrid, Spain, tax identification number B - 86661857 so spracúvaním a vzájomným poskytovaním osobných údajov, ako aj iných údajov a informácií v rozsahu potrebnom na účely súvisiace s poistnou zmluvou a poskytovaním služieb InterConsultation a FindBestCare. Tento súhlas sa udeľuje na dobu do vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy a z poskytovania služieb InterConsultation a FindBestCare, počas ktorej ho nie je možné účinne odvolať.

Svojím podpisom na tejto žiadanke poisťník potvrdzuje, že sa s nižšie uvedenými podmienkami (v prípade dopoistovania poistenia A1, M1, PMP, R3, R4, R6, 11UP až 16UP, 11UM až 15UM, 15ND, 15NM, 1ZN, ZN6, IN1, UZ1, B1, SMO, OP3, OP5, OP6, UN1, NP1, Z6, 20UP, BM1, IN2, BD2), účinnými v čase podpísania žiadanky oboznámil, súhlasí s ich obsahom a osobne ich obdržal / a. Jedná sa o nasledovné podmienky: Všeobecné poistné podmienky (ďalej len VPP) pre poistenie osôb, VPP pre poistenie zodpovednosti z domácnosti, Poistné podmienky (ďalej len PP) pre životné poistenie, Osobitné poistné podmienky (ďalej len OPP) pre kapitálové životné poistenie pre prípad dožitia (A1 / A1J), OPP pre kapitálové životné poistenie pre prípad dožitia alebo



smrti s odloženou výplatom (M1 / M1J), OPP pre poistenie za mimoriadne poistné (PMP), OPP pre rizikové životné poistenie (R3), OPP pre rizikové životné poistenie s klesajúcou poistnou sumou (R4), OPP pre poistenie smrti s výplatom annuity (R6), PP pre úrazové poistenie, OPP pre poistenie smrti následkom úrazu (11UP / 11UPJ), OPP pre poistenie trvalých následkov úrazu bez progresie (12UP / 12UPJ), OPP pre poistenie trvalých následkov úrazu s progresiou (13UP / 13UPJ), OPP pre poistenie denného odškodného počas nevyhnutného liečenia následkov úrazu (14UP / 14UPJ), OPP pre poistenie denného odškodného pri pobyte v nemocnici z dôvodu úrazu (15UP / 15UPJ), OPP pre poistenie smrti následkom úrazu s dvojnásobným plnením pre účastníka dopravnej nehody (16UP / 16UPJ), OPP pre poistenie invalidity následkom úrazu (20UP / 20UPJ), OPP pre poistenie smrti dieťaťa následkom úrazu (11UM / 11UMJ), OPP pre poistenie trvalých následkov úrazu dieťaťa bez progresie (12UM / 12UMJ), OPP pre poistenie trvalých následkov úrazu dieťaťa s progresiou (13UM / 13UMJ), OPP pre poistenie denného odškodného počas nevyhnutného liečenia následkov úrazu dieťaťa (14UM / 14UMJ), OPP pre poistenie denného odškodného pri pobyte v nemocnici z dôvodu úrazu dieťaťa (15UM / 15UMJ), PP pre poistenie pobytu v nemocnici, OPP pre poistenie denného odškodného pri pobyte v nemocnici z dôvodu choroby (15ND / 15NDJ), OPP pre poistenie denného odškodného pri pobyte v nemocnici z dôvodu choroby (15NM / 15NMJ), PP pre poistenie kritických chorôb, OPP pre poistenie kritických chorôb (1ZN / 1ZNI), OPP pre poistenie kritických chorôb dieťaťa (ZN6 / ZNI6), OPP pre poistenie dočasného dôchodku v prípade invalidity (IN1 / IN1J), OPP pre poistenie jednorazovej výplaty v prípade invalidity následkom choroby alebo úrazu (IN2 / IN2J), PP pre poistenie ušlého zárobku pri pracovnej neschopnosti, OPP pre poistenie ušlého zárobku pri pracovnej neschopnosti (UZ1), PP pre poistenie chirurgického zákroku, OPP pre poistenie chirurgického zákroku (B1), OPP pre poistenie chirurgického zákroku dieťaťa (BM1), PP pre poistenie Doktor+, PP pre poistenie oslobodenia od platenia poistného, OPP pre poistenie oslobodenia od platenia poistného v prípade invalidity (OP3), OPP pre poistenie oslobodenia od platenia poistného v prípade invalidity alebo úmrtia (OP5), OPP pre poistenie oslobodenia od platenia poistného v prípade vzniku zdravotného hendikepu (OP6), PP pre poistenie nezamestnanosti, OPP pre poistenie nezamestnanosti a pracovného úrazu (UN1), PP pre poistenie pracovnej neschopnosti, OPP pre poistenie náhrady poistného pri dlhodobej pracovnej neschopnosti (NP1), PP pre poistenie Allianz Best Doctors (BD2) a Zmluvné dojednania (ďalej len ZD) k poisteniam SMO, NP1, 15NM, OP3, ZN6, R6, OP6, OP5, 16UP, 11UM až 15UM, BM1, BD2, Z6 pre program Baby budúcnosť / pre program Farbička, ZD k poisteniam M1, A1, R3, IN1, UZ1, 1ZN, UN1, SMO, B1, 15ND, NP1, OP3, PMP, 20UP, IN2, BD2 pre program Život / pre program Život Plus / pre program Život Premium / pre program Život Premium Plus / pre program Život Premium Štart a ZD k poisteniam 20UP, IN2, BD2 pre program Flexi Život / Flexi Život Plus.

Poistník svojím podpisom na tejto žiadanke potvrdzuje, že v prípade, ak žiada o zainvestovanie mimoriadneho poistného, zvýšenie poistného alebo dopoistenie voliteľného poistenia, finančné prostriedky, ktoré za týmto účelom použije na zaplatenie poistného, sú jeho vlastníctvom a uhradenie poistného vykonáva na vlastný účet; ak sú tieto finančné prostriedky vlastníctvom inej osoby alebo uhradenie poistného vykonáva poisťník na účet inej osoby, údaje o tejto osobe poisťník uvádza v prílohe k tejto žiadanke a zároveň odovzdáva poisťovateľovi aj písomný súhlas tejto osoby na použitie jej finančných prostriedkov na jej účet.



SÚHLAS POISTNÍKA SO SPRACÚVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV NA MARKETINGOVÉ ÚČELY

Udeľujem poisťovateľovi dobrovoľný súhlas so spracúvaním osobných údajov na účely marketingu, reklamy a komerčnej komunikácie, v rozsahu: titul, meno, priezvisko, adresa, telefónne číslo, adresa elektronickej pošty, a to s platnosťou do jeho písomného odvolania. Súčasne udeľujem súhlas so zasielaním korešpondencie poisťovateľa na účely marketingu, reklamy a komerčnej komunikácie formou elektronickej pošty alebo formou služieb krátkych správ. Svoj udelený súhlas môžem kedykoľvek odvolať, a to písomným oznámením adresovaným poisťovateľovi.

v prípade NESÚHLASU označte krížikom

V, dňa

.....
podpis poisteného / zákonného zástupcu /
tel. kontakt

.....
podpis poistníka / tel. kontakt

Totožnosť overil (podpis):

podľa dokladu poisteného (druh dokladu: OP, cestovný pas a jeho číslo)

štátna príslušnosť poisteného:

podľa dokladu poistníka (druh dokladu: OP, cestovný pas a jeho číslo)

štátna príslušnosť poistníka:

* nehodiace sa preškrtnite

** Existujúcou PZ sa rozumie akákoľvek poistná zmluva, v ktorej je dátum začiatku poistenia skorší ako dátum začiatku poistenia v predmetnej poistnej zmluve „Vkladové životné poistenie – tarifa VPO 6G“.

*** Novouzavretou PZ sa rozumie PZ životného poistenia, v ktorej je začiatok poistenia totožný alebo neskorší ako dátum začiatku poistenia v predmetnej poistnej zmluve „Vkladové životné poistenie – tarifa VPO 6G“.

**** Úrok je stanovený vo výške garantovanej technickej úrokovej miery a úroku z podielu na výnosoch z rezerv poistného za príslušný kalendárny rok.

***** Ak sú splnené podmienky pre FATCA, je potrebné vyplniť FATCA údaje.

