

A7

Dodatočné otázky k rezidenčným rizikám

k návrhu zmluvy / poistnej zmluve číslo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Poistený

Priezvisko	Meno	Dátum narodenia																		
------------	------	-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Všeobecné

Máte trvalý pobyt na území SR? <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	Pokiaľ nie, uveďte miesto trvalého pobytu v zahraničí
Budete pri plnení svojich pracovných povinností cestovať na území SR? <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	Pokiaľ áno, akú časť pracovnej cesty strávite v dopravných prostriedkoch? <input type="checkbox"/> Do 33 % <input type="checkbox"/> Viac ako 33 %
Uveďte, prosím, podrobný popis vašich pracovných povinností	

Zahranické pracovné pobyty / Služobné cesty

Budete pri plnení svojich pracovných povinností pracovať v zahraničí alebo cestovať do zahraničia?	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
Ak áno, uveďte detaily:	
Miesto pobytu	Predpokladaná doba pobytu (počet dní / rokov)
<input type="checkbox"/> Štáty EÚ / EEA ¹⁾ / Švajčiarsko	<input type="checkbox"/> Do 40 dní <input type="checkbox"/> 41 dní – 6 mesiacov <input type="checkbox"/> 7 – 12 mesiacov <input type="checkbox"/> Viac ako 12 mesiacov
<input type="checkbox"/> USA, Kanada, Austrália	<input type="checkbox"/> Do 40 dní <input type="checkbox"/> 41 dní – 6 mesiacov <input type="checkbox"/> 7 – 12 mesiacov <input type="checkbox"/> Viac ako 12 mesiacov
<input type="checkbox"/> Ostatné	<input type="checkbox"/> Do 40 dní <input type="checkbox"/> 41 dní – 6 mesiacov <input type="checkbox"/> 7 – 12 mesiacov <input type="checkbox"/> Viac ako 12 mesiacov
Aký dopravný prostriedok budete používať na prepravu do cudziny?	
Presný popis pracovnej činnosti v zahraničí	
Názov zamestnávateľa v zahraničí	
Sídlo zamestnávateľa (krajina, mesto / popis miesta)	

Ostatné cesty do zahraničia

Máte v úmysle vycestovať v nasledujúcich dvoch rokoch mimo územia SR na dobu dlhšiu ako 40 dní?	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	
Pokiaľ áno, uveďte detaily:		
Krajina	Miesto pobytu	Predpokladaná doba pobytu

Zdravotná starostlivosť

Máte v zahraničí zabezpečenú zdravotnú starostlivosť?	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
Ak áno, kde?	
V ktorom zariadení?	V akej vzdialenosti?

¹⁾ Členovia EÚ sú: Belgicko, Bulharsko, Cyprus, Česká republika, Dánsko, Estónsko, Fínsko, Francúzsko, Grécko, Holandsko, Írsko, Litva, Lotyšsko, Luxembursko, Maďarsko, Malta, Nemecko, Poľsko, Portugalsko, Rakúsko, Rumunsko, Slovensko, Slovinsko, Spojené kráľovstvo Veľkej Británie a Severného Írska, Španielsko, Švédsko, Taliansko. Členské štáty EEA sú okrem štátov EÚ tiež štáty Island, Lichtenštajnsko, Nórsko.



Príloha

Uvedte prípadne ďalšie informácie, ktoré sú podstatné pre odhad veľkosti rizík súvisiacich s pobytom v zahraničí

Zmeny údajov

Očakávate, alebo plánujete do budúcnosti nejaké zmeny, ktoré znížia alebo zvýšia riziko súvisiace s pobytom v zahraničí? Ak áno, uveďte, prosím, podrobnosti.

Prehlásenie

Potvrdzujem, že som prečítal(a) a rozumel(a) všetkým otázkam a že mnou uvedené údaje sú pravdivé a úplné. Som si vedomý(á) toho, že uvedenie nepravdivých alebo neúplných údajov môže mať vplyv na povinnosť poisťovateľa poskytnúť poisťné plnenie a poisťovateľ by mohol od poisťnej zmluvy odstúpiť. Odstúpením od poisťnej zmluvy sa zmluva od začiatku ruší.

Prílohy

Počet príloh

--	--	--

Podpisy

Dátum podpisu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Miesto

Podpis poisťníka

Podpis poisteného

Kontrolu vykonal

Zástupca poisťovateľa číslo
(na základe splnomocnenia)

Dátum podpisu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Miesto

Podpis a telefónne číslo zástupcu
poisťovateľa