

Doplňujúce otázky k požadovanej poisťnej ochrane

Aby sme Váš návrh na poistenie mohli posúdiť čo najlepšie, potrebujeme poznať o Vás ďalšie údaje.

Všetky Vami uvedené údaje sú prísne dôverné a slúžia pre potreby Allianz- Slovenskej poisťovne a. s. za účelom ocenenia finančných rizík. Odpovedzte prosím na každú otázku. Hodiace sa označte krížikom x.

Titul, meno, priezvisko: **rodné číslo:**

Stav: **počet detí a ich vek:**

1. Dojednávané poistenia

- životné poistenie, poistná suma:..... ušlý zárobok, denná dávka:.....
 kritické choroby, poistná suma:..... smrť následkom úrazu PP1, poistná suma:.....
 oslobodenie od platenia OP1, poistná suma:.....
 dôchodok v prípade invalidity, poistná suma (ročne):.....
 úrazové poistenie, tarifa:....., násobky poistných súm: smrť trvalé následky úrazu
 DO DON

2. Účel poistenia

- zabezpečenie rodiny našetrenie sumy pre vstup detí do života
 dostatok prostriedkov na liečenie zabezpečenie na obdobie vyššieho veku
 zabezpečenie prostriedkov pre osobnú spotrebu a náklady domácnosti počas PN
 iné:.....

3. Finančné záväzky – úver

výška úveru:..... doba splácania úveru:.....
 účel úveru:..... výška splátok:.....
 názov spoločnosti poskytujúcej úver:.....

4. Záľuby

druh športu:.....
 spôsob vykonávania: rekreačne amatérsky profesionálne
 najvyššia súťaž, v ktorej sa v tomto športe aktívne zúčastňujete:.....

5. Oprávnená osoba

Meno, priezvisko, dátum narodenia:.....
 Vzťah medzi oprávnenou osobou a poisteným:

6. Máte už dojednané poistenie v Allianz – Slovenskej poisťovni, a.s.?

nie áno; druh poistenia:..... poistná suma:.....
 druh poistenia:..... poistná suma:.....

7. Máte už dojednané poistenie v inej poisťovni?

nie áno; názov poisťovne:..... druh poistenia:..... poistná suma:.....
 názov poisťovne:..... druh poistenia:..... poistná suma:.....

8. Uplatňovali ste si alebo si práve uplatňujete nárok na poistné plnenie?

nie áno; názov poisťovne:..... popis:.....
 dátum:..... dĺžka liečenia:.....

9. Bolo zahájené alebo je vedené na Váš majetok súdne konanie, ktorého hodnota presahuje 250 000,-Sk?

nie áno; Ak áno, z akého dôvodu?:.....

10. Pracovná činnosť

najvyššie dosiahnuté vzdelanie..... súčasné pracovné zaradenie.....
 skúšky, kurzy.....
 súčasný zamestnávateľ.....
 náplň práce (ak ste vystavený/á zvláštnym rizikám pri vykonávaní pracovnej činnosti, špecifikujte prosím):.....
 ak je pracovná činnosť spojená s riadením motorového vozidla, prosím uveďte počet odjazdových km/rok:.....

11. Uveďte prosím, aké boli Vaše príjmy zo zamestnania (príjmy zo zamestnania a funkčné požitky za posledné 3 roky v zdaňovanom období; pri osobe SZČ príjmy z podnikania a inej samostatnej zárobkovej činnosti, doložiť kópiu daňového priznania) a názov Vašej pracovnej pozície

čistý ročný príjem / zisk: 1. 2. 3.
 pracovná pozícia: 1. 2. 3.

12. V prípade, ak ste SZČO, uveďte prosím základné údaje o Vašej spoločnosti

názov a právna forma:..... dátum založenia firmy:.....
 ste majiteľ/spolumajiteľ spoločnosti:..... počet zamestnancov:.....
 IČO:..... adresa:.....
 oblasť podnikania:.....
 Bolo zahájené alebo je vedené v súvislosti s Vašou spoločnosťou konkurzné alebo súdne konanie?
 nie áno; uveďte dôvod:.....
 Ste nemocensky poistený v štátnom sociálnom systéme nie áno

Beriem na vedomie, že osobné údaje nachádzajúce sa na tomto tlačive som poisťovateľovi povinný poskytnúť v zmysle zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a že budú spracované v informačnom systéme poisťovateľa, zároveň beriem na vedomie, že poisťovateľ je oprávnený získať uvedené osobné údaje kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním na nosič informácií. Zároveň dávam poisťovateľovi súhlas s poskytnutím osobných údajov tretím osobám v súvislosti so správou poistenia, s likvidáciou poistných udalostí, s 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.

.....
 Miesto a dátum

.....
 Podpis obchodného zástupcu ASP,a.s.

.....
 Podpis poistníka

.....
 Podpis poisteného