Union Poisťovňa 744 \ 2017 \ 02 \ 21

Číslo poistnej zmluvy : **25-12500343**

POISTNÁ ZMLUVA
PRE POISTENIE ÚRAZU - INDIVIDUÁLNE

Union poisťovňa, a.s., Bajkalská 29/A, 813 60 Bratislava 1, SR, IČO: 31322051, DIČ: 2020800353, IČ DPH: SK2020800353, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, odd. Sa, vl. Č. 383/B (ďalej aj „poisťovateľ") a

1. POISTNÍK

Meno a priezvisko (názov firmy)	Mesto Prievidza	Titul*		Rodné číslo / IČO	318442
Trvalé bydlisko - ulica, číslo	Námestie Slobody 14	Obec	Prievidza	PSČ	971 57
Telefón*		E-mail	martina.gombarcikova@prievidza.sk		
Bankové spojenie - peňažný ústav*		Číslo účtu / kód banky			

uzavierajú v zmysle § 788 a nasl. Občianskeho zákonníka č. 40/1964 Zb. v znení neskorších predpisov túto zmluvu o poistení.

2. POISTENÝ

Meno a priezvisko	Mária Jobková	Titul*		Rodné číslo	
Trvalé bydlisko - ulica, číslo		Obec	Prievidza	PSČ	971 01
Telefón*		E-mail*			

*údaj nie je povinné vyplniť

3. ČINNOSŤ POISTENÉHO

Zamestnanie - pracovná činnosť poisteného	§52 zákona č. 5/2004 - aktiv. práce - formou dobrovoľníckej činnosti	Záujmová činnosť / pravidelná športová činnosť poisteného	

4. POISTNÁ DOBA	Začiatok poistenia	01.02.2017	Koniec poistenia	31.07.2017	**5. RIZIKOVÁ SKUPINA** *(Číslo sadzby)*	

6. POISTNÉ KRYTIE

	Poistné sumy		Poistné	
☑ Smrť v dôsledku úrazu	1000,00	EUR	0,30	EUR
☑ Trvalé následky úrazu *(minimálne poistné plnenie je 0,5 % z dojednanej poistnej sumy)*	1000,00	EUR	0,42	EUR
☐ Trvalé následky úrazu a bolestné *(minimálne poistné plnenie je 0,5 % z dojednanej poistnej sumy)*		EUR		EUR
☑ Denné odškodné pri hospitalizácii po úraze	2,00	EUR	0,90	EUR
		POISTNÉ SPOLU	1,62	EUR

7. SPÔSOB PLATENIA
☑ jednorazovo ☐ bežne

8. POISTNÉ OBDOBIA
☐ ročné ☐ polročné (+ 3 %)** ☐ štvrťročné (+ 4 %)** ☐ mesačné (+ 5 %)**
** *prirážka - pri področnom platení poistného*

9. POISTNÉ

Jednorazové poistné alebo poistné za prvé poistné obdobie vo výške 1,62 EUR bolo zaplatené dňa

Poistné za ďalšie poistné obdobia vo výške EUR bude splatné v deň / dni - - - -

Druh avíza: ☐ poštová poukážka ☑ bez avíza (trvalý príkaz) ☐ elektronické avízo na e-mail:

Číslo účtu poisťovateľa na úhradu poistného je 6600547090/1111, IBAN: SK59 1111 0000 0066 0054 7090, SWIFT/BIC: UNCRSKBX vedený v UniCredit Bank Czech Republic and Slovakia, a.s., pobočka zahraničnej banky, konštantný symbol 3558, variabilným symbolom je číslo poistnej zmluvy.

10. MENO A PRIEZVISKO OPRÁVNENEJ OSOBY

	Rodné číslo	Podiel na plnení
		%
		%
		%

Ak nie je oprávnená osoba určená alebo ak nenadobudne právo na plnenie, právo na plnenie má osoba určená podľa § 817 ods. 2 a 3 Občianskeho zákonníka.

11. ZVLÁŠTNE DOJEDNANIA

12. SPROSTREDKOVATEĽ Meno a priezvisko (názov) Mgr. Soňa Šimovová Adresa Mariánska 6, 971 01 Prievidza

DOTAZNÍK O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO

	áno	nie	
1. Liečite sa v súčasnosti na nejaké ochorenie, prípadne vyšetrujú Váš zdravotný stav alebo ste pod lekárskym dozorom?	☐	☑	Z akého dôvodu, ako dlho:

1+098+01+01+0117

DOTAZNÍK O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO (pokračovanie)

2. Trpeli ste alebo trpíte chorobami alebo ťažkosťami:

áno	nie		áno	nie	
☐	☑	nervového systému	☐	☑	epilepsiou
☐	☑	srdcovo - cievneho systému	☐	☑	pohybového ústrojenstva
☐	☑	krvi alebo imunitného systému	☐	☑	psychickými
☐	☑	vrodenými chybami	☐	☑	poruchami zraku, sluchu
☐	☑	látkovej výmeny alebo žliaz s vnútorným vylučovaním	☐	☑	inými

Ak áno, uveďte kedy a aká diagnóza bola zistená:

Choroba, poruchy, ťažkosti:	Kedy (od - do):	Súčasný stav:

	áno	nie		áno	nie
3. Ste HIV pozitívny?	☐	☑	**Ste viac ako 3 mesiace práceneschopný?**	☐	☑
Ste odkázaný na opateru inej osoby?	☐	☑	**Ste závislý na alkohole alebo drogách?**	☐	☑

	áno	nie	
4 A. Je alebo Vám niekedy bola priznaná invalidita alebo čiastočná invalidita?	☐	☑	Ak áno, kedy a prečo a aké máte percento poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť ?
4 B. Ovplyvňuje alebo niekedy v minulosti ovplyvňoval Váš zdravotný stav Vašu schopnosť vykonávať zárobkovú činnosť?	☐	☑	Ak áno, uveďte z akého dôvodu, kedy a ako:
5. Uveďte meno a adresu Vášho ošetrujúceho lekára, ktorý najlepšie pozná Váš zdravotný stav:			
6. Utrpeli ste niekedy v minulosti úraz, ktorý zanechal nejaké trvalé následky?	☐	☑	Ak áno, uveďte kedy a aké následky:
7. Ste pri výkone pracovnej alebo mimopracovnej činnosti vystavený zvláštnemu nebezpečenstvu?	☐	☑	Ak áno, akému? Prichádzate do styku so zdraviu škodlivými alebo výbušnými látkami ?
8. Aký druh športu vykonávate a na akej úrovni (rekreačne alebo ste registrovaný v oddieli či klube)? **Zúčastňujete sa súťaží?**	☐	☑	
9. Ste profesionálny športovec?	☐	☑	
10. Ste pravák alebo ľavák?			pravák

Prehlásenie poisteného o iných poisteniach

	áno	nie	
Máte už uzavreté úrazové poistenie?	☐	☑	Ak áno, aké druhy rizík a poistné sumy máte dojednané? Uveďte názov a adresu poisťovne.
Odmietla Vás niektorá poisťovňa poistiť alebo Vás poistila za zmenených podmienok (napr. so zvýšeným poistným, s výlukami z poistenia a pod.)?	☐	☑	Ktorá a kedy?

Poistná zmluva je uzavretá okamihom, keď je podpísaná oboma zmluvnými stranami.
V zmysle § 800 ods. 2 Občianskeho zákonníka sa dojednáva, že poistenie môže vypovedať poistník alebo Union poisťovňa, a.s. (ďalej "poisťovateľ") do dvoch mesiacov po uzavretí poistnej zmluvy. Výpovedná lehota je osemdenná a jej uplynutím poistenie zanikne.
Neoddeliteľnou súčasťou tejto poistnej zmluvy sú Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie.
V prípade smrti poistníka, ktorý nie je zároveň poisteným, prechádzajú všetky práva a povinnosti vyplývajúce z poistenia na poisteného.
Príjmy poisteného a oprávnených osôb z poistnej zmluvy podliehajú zdaneniu v zmysle všeobecne záväzných právnych predpisov platných na území Slovenskej republiky. Zákon č. 595/2003 Z.z. o dani z príjmov v znení neskorších predpisov ustanovuje, ktoré plnenia z poistenia sú oslobodené od dane z príjmov, ako aj odpočítateľné položky, resp. iné daňové náležitosti týkajúce sa poistenia.
Pre právne pomery vyplývajúce z uzavretej poistnej zmluvy platí právny poriadok SR.
Výška odkupnej hodnoty pri predčasnom ukončení zmluvy sa v súlade s § 788 ods. 2 písm. f) Občianskeho zákonníka dojednáva na 0,00 EUR.
Poistený ani poistník sa nepodieľajú na výnosoch poisťovateľa.
Práva a povinnosti poisťovateľa a poisteného / poistníka sú uvedené v právnych predpisoch a poistných podmienkach.

OCHRANA OSOBNÝCH ÚDAJOV

V súlade s ustanovením § 15 ods. 1 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov v platnom znení poistník je povinný oboznámiť poistené osoby o podmienkach a rozsahu spracúvania poskytnutých osobných údajov a to najmä, že:

1. Prevádzkovateľom informačného systému je poisťovateľ - Union poisťovňa, a.s., Bajkalská 29/A, 813 60 Bratislava SR, IČO: 31322051, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, odd. Sa, vl.c.383/B a sprostredkovateľom je osoba uvedená v poistnej zmluve ako sprostredkovateľ.
2. Účelom spracúvania osobných údajov je vykonávanie poisťovacej činnosti podľa zákona č. 39/2015 Z.z. o poisťovníctve v zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o poisťovníctve").

OCHRANA OSOBNÝCH ÚDAJOV (pokračovanie)

3. Zoznam spracúvaných osobných údajov bez súhlasu dotknutej osoby je v rozsahu podľa § 78 zákona o poisťovníctve: meno, priezvisko, trvalý pobyt, prechodný pobyt, rodné číslo, dátum narodenia, štátna príslušnosť, druh a číslo dokladu totožnosti, kontaktné telefónne číslo, faxové číslo a adresa elektronickej pošty a osobné údaje z dokladu totožnosti. V prípade, ak sa spracúvajú ďalšie osobné údaje napríklad v rozsahu údajov týkajúcich sa zdravia, tieto sú spracúvané na základe písomného súhlasu dotknutej osoby.
4. Dotknutými osobami sú najmä: poistený, poistník, osoba oprávnená na prijatie poistného plnenia v prípade smrti poistenej osoby, poškodený.
5. Osobné údaje, pri ktorých nie je vyznačená ich nepovinnosť, sú povinnými údajmi v zmysle zákona o poisťovníctve a Občianskeho zákonníka a ich poskytnutie je podmienkou uzavretia poistnej zmluvy.
6. Osobné údaje klienta nie sú sprístupňované tretím osobám, okrem prípadov, ak túto povinnosť ukladá osobitný zákon.
7. Oznámenie pre dotknuté osoby o tretích stranách, ktorým môžu byť poskytnuté ich osobné údaje, na základe obchodných zmlúv uzavretých medzi poisťovateľom a príslušným obchodným partnerom:

   Poisťovateľ oznamuje poistníkovi, že osobné údaje uvedené v poistnej zmluve môžu byť poskytnuté:
   - spoločnostiam, ktoré zabezpečujú služby súvisiace s korešpondenciou medzi poisťovateľom a dotknutými osobami: Direct Marketing a.s., Vlčie hrdlo 61, 821 07 Bratislava, IČO: 31377793, Tatra Billing, s.r.o., Hodžovo námestie 3, 811 06 Bratislava, IČO: 35810572 a OpusCapita, s.r.o., Elektrárenská 4, 831 04 Bratislava, IČO: 44352557,
   - spoločnosti, ktorá zabezpečuje digitalizáciu dokumentov: NUPSESO, a.s., Golianova 42, 949 01 Nitra, IČO: 36525791,
   - spoločnostiam, ktoré konajú za a v prospech Poisťovateľa v súvislosti s uplatňovaním práv vo vzťahu k poistníkovi vyplývajúcich z poistnej zmluvy: Intrum Justitia Slovakia s.r.o., Karadžičova 8, 821 08 Bratislava, IČO: 35831154, M.B.A. Financie s.r.o., Vysoká 19, 811 06 Bratislava, IČO: 36754404 a Advokátska kancelária Mgr. Peter Németh, Hlavná 45, 931 01 Šamorín, IČO: 42157510,
   - externému audítorovi Prevádzkovateľa PricewaterhouseCoopers Slovensko, s.r.o., Námestie 1. mája 18, 815 32 Bratislava, IČO: 35739347.
   - daňovým a aj iným poradcom poisťovateľa a osobám, ktoré poskytujú služby správy registratúry a likvidácie registratúrnych záznamov.

   (V priebehu trvania poistnej zmluvy môže dôjsť k zmene spoločností uvedených vyššie, pričom aktuálny zoznam týchto spoločností a oznámenie o zmenách sú uvedené na internetovej stránke poisťovateľa (Union poisťovne, a.s.))
8. Osobné údaje nebudú zverejnené.
9. Osobné údaje môžu byť predmetom prenosu do tretích krajín len v prípade, ak tieto krajiny podľa rozhodnutia Európskej komisie zaručujú primeranú úroveň ich ochrany. Poisťovateľ predpokladá, že uskutoční prenos osobných údajov do krajín Európskej únie, krajín, ktoré sú zmluvnou stranou Dohody o Európskom hospodárskom priestore, a Švajčiarska (osobám uvedeným v bode 7 týchto informácií).

10. Práva dotknutých osôb

10.1 Dotknutá osoba má právo na základe písomnej žiadosti vyžadovať od poisťovateľa:
   a) potvrdenie, či sú alebo nie sú osobné údaje o nej spracúvané,
   b) vo všeobecne zrozumiteľnej forme informácie o spracúvaní osobných údajov v informačnom systéme poisťovateľa v rozsahu: identifikačné údaje prevádzkovateľa, identifikačné údaje sprostredkovateľa, účel spracúvania osobných údajov, zoznam alebo rozsah spracúvaných osobných údajov, iné doplňujúce informácie (napr. poučenie o dobrovoľnosti alebo povinnosti poskytnúť osobné údaje, čas platnosti súhlasu, ak poisťovateľ spracúva osobné údaje na základe súhlasu dotknutej osoby, tretie strany, okruh príjemcov, formu zverejnenia, tretie krajiny) a postup spracúvania a vyhodnocovania operácií,
   c) vo všeobecne zrozumiteľnej forme presné informácie o zdroji, z ktorého získal jej osobné údaje na spracúvanie,
   d) vo všeobecne zrozumiteľnej forme zoznam jej osobných údajov, ktoré sú predmetom spracúvania,
   e) opravu alebo likvidáciu jej nesprávnych, neúplných alebo neaktuálnych osobných údajov, ktoré sú predmetom spracúvania,
   f) likvidáciu jej osobných údajov, ktorých účel spracúvania sa skončil; ak sú predmetom spracúvania úradné doklady obsahujúce osobné údaje, môže požiadať o ich vrátenie,
   g) likvidáciu jej osobných údajov, ktoré sú predmetom spracúvania, ak došlo k porušeniu zákona,
   h) blokovanie jej osobných údajov z dôvodu odvolania súhlasu pred uplynutím času jeho platnosti, ak poisťovateľ spracúva osobné údaje na základe súhlasu dotknutej osoby.

10.2 Práva dotknutých osôb podľa bodu 10.1 písm. e) a f) je možné obmedziť, len ak takéto obmedzenie vyplýva z osobitného zákona, alebo by jeho uplatnením bola porušená ochrana dotknutej osoby, alebo by boli porušené práva a slobody iných osôb.

10.3 Dotknuté osoby na základe bezplatnej písomnej žiadosti alebo osobne, ak vec neznesie odklad, majú právo u poisťovateľa kedykoľvek namietať voči spracúvaniu osobných údajov na iné účely ako sú uvedené v zákone o poisťovníctve a žiadať o ich likvidáciu.

10.4 Dotknuté osoby majú právo na základe písomnej žiadosti alebo osobne, ak vec neznesie odklad, kedykoľvek u poisťovateľa namietať a nepodrobiť sa rozhodnutiu poisťovateľa, ktoré by malo pre ne právne účinky alebo významný dosah, ak sa takéto rozhodnutie vydá výlučne na základe úkonov automatizovaného spracúvania osobných údajov. Dotknuté osoby majú právo žiadať poisťovateľa o preskúmanie vydaného rozhodnutia metódou odlišnou od automatizovanej formy spracúvania, pričom poisťovateľ je povinný žiadosti vyhovieť a to tak, že rozhodujúcu úlohu pri preskúmaní rozhodnutia budú mať zamestnanci poisťovateľa. O spôsobe preskúmania a výsledku zistenia poisťovateľ informuje dotknuté osoby v lehote do 30 dní od prijatia žiadosti.

10.5 Dotknutá osoba môže uplatniť svoje právo:
   a) písomne, pričom z obsahu jej žiadosti musí vyplývať, že uplatňuje svoje právo; žiadosť podanú elektronickou poštou alebo faxom musí dotknutá osoba písomne doručiť poisťovateľovi najneskôr do troch dní odo dňa jej odoslania,
   b) osobne ústnou formou do zápisnice, z ktorej musí byť zrejmé, kto právo uplatnil, čoho sa domáha a kedy a kto vyhotovil zápisnicu, jeho podpis a podpis dotknutej osoby; kópiu zápisnice je poisťovateľ povinný odovzdať dotknutej osobe,
   c) u sprostredkovateľa podľa písmena a) alebo písmena b) tohto bodu.

10.6 Dotknutá osoba pri podozrení, že jej osobné údaje sa neoprávnene spracúvajú, môže podať Úradu na ochranu osobných údajov Slovenskej republiky návrh na začatie konania o ochrane osobných údajov.

10.7 Ak dotknutá osoba nemá spôsobilosť na právne úkony v plnom rozsahu jej práva môže uplatniť zákonný zástupca.

OCHRANA OSOBNÝCH ÚDAJOV (pokračovanie)

10.8 Ak dotknutá osoba nežije, jej práva, ktoré mala podľa zákona o ochrane osobných údajov, môže uplatniť osoba blízka.

10.9 Dotknuté osoby majú právo požiadať o preukázanie totožnosti osoby poverenej získavaním osobných údajov.

VYHLÁSENIE A SPLNOMOCNENIE POISTENÉHO

Týmto vyhlasujem, že všetky mnou vyššie uvedené odpovede sú pravdivé a úplné a neboli zatajené alebo vynechané žiadne závažné okolnosti alebo informácie týkajúce sa môjho zdravotného stavu a životných zvykov. Som si vedomý možných dôsledkov v prípade zamlčania závažných okolností alebo nesprávnych informácií o mojom zdravotnom stave (odstúpenie od zmluvy, odmietnutie alebo zníženie poistného plnenia). Všetkým otázkam som riadne porozumel a zodpovedal ich pravdivo a úplne.

Súhlasím s tým, aby poiťovateľovi boli poskytnuté informácie o mojom zdravotnom stave v rozsahu, ktorý požaduje poisťovateľ za účelom uzavretia poistnej zmluvy a vybavovania poistných udalostí.

Splnomocňujem poisťovateľom oslovených lekárov a zdravotnícke zariadenia na poskytnutie lekárskych správ, výpisov zo zdravotnej dokumentácie alebo na ich zapožičanie, čím ich zároveň zbavujem povinnosti mlčanlivosti voči poisťovateľovi.

Pre účely posúdenia poistného rizika a účely likvidácie poistnej udalosti úrazového poistenia spojenej so vznikom invalidity splnomocňujem poisťovateľa na vyžiadanie Lekárskej správy od Sociálnej poisťovne.

Podľa § 11 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov svojim podpisom dávam súhlas poisťovateľovi na spracovanie mojich osobných údajov uvedených v tejto poistnej zmluve a údajov, ktoré poskytnem poisťovateľovi počas trvania zmluvného vzťahu na účel vymedzený v časti Ochrana osobných údajov.

Súhlas je daný na dobu neurčitú a je možné ho kedykoľvek písomne odvolať. Odvolanie nemá spätné účinky.

Toto vyhlásenie nebolo urobené pod nátlakom ani v časovej tiesni alebo za iných nevýhodných podmienok, ktoré by mohli spôsobiť nesprávne alebo neúplné poskytnutie informácií, čo potvrdzujem svojim podpisom.

Podpis poisteného na tejto poistnej zmluve považujú zmluvné strany za podpisový vzor.

PRIEVIDZA 01.02.2017 ..... miesto a dátum vyplnenia dotazníka vyhlásení

..... podpis poisteného

VYHLÁSENIE POISTNÍKA

Poistnú zmluvu prijímam v navrhovanom rozsahu a prehlasujem, že všetky mnou vyššie uvedené údaje sú pravdivé a úplné. Potvrdzujem, že mi boli oznámené Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie platné v deň, ktorý je ako začiatok poistenia uvedený v tejto poistnej zmluve a ktoré boli priložené k tejto poistnej zmluve.

Súčasne potvrdzujem, že som bol pred uzavretím tejto poistnej zmluvy oboznámený s údajmi podľa § 792a ods. 2 Občianskeho zákonníka.

Podľa § 11 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov svojim podpisom dávam súhlas poisťovateľovi na spracovanie mojich osobných údajov uvedených v tejto poistnej zmluve a údajov, ktoré poskytnem poisťovateľovi počas trvania zmluvného vzťahu na účel vymedzený v časti Ochrana osobných údajov.

Súhlas je daný na dobu neurčitú a je možné ho kedykoľvek písomne odvolať. Odvolanie nemá spätné účinky.

Toto vyhlásenie nebolo urobené pod nátlakom ani v časovej tiesni alebo za iných nevýhodných podmienok, ktoré by mohli spôsobiť nesprávne alebo neúplné poskytnutie informácií, čo potvrdzujem svojim podpisom.

Podpis poistníka na tejto poistnej zmluve považujú zmluvné strany za podpisový vzor.

Poistník svojím podpisom potvrdzuje, že mu bol pred uzavretím poistnej zmluvy odovzdaný formulár o dôležitých zmluvných podmienkach uzatváranej poistnej zmluvy podľa § 70 ods. 4 zákona o poisťovníctve.

01.02.2017 ..... dátum uzavretia poistnej zmluvy

..... podpis poistníka

Union Poisťovňa Union poisťovňa, a.s. ..... za Union poisťovňu, a.s.

číslo získateľskej nadzmluvy: [ ] číslo získateľa: 68000063

Súhlas so spracúvaním osobných údajov na účely marketingových aktivít

V zmysle § 11 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov a v zmysle § 3 zákona č. 147/2001 Z.z. o reklame a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov súhlasím:

- **so spracúvaním osobných údajov na účely marketingových aktivít**

  t.j. aby moje osobné údaje uvedené v bode 1 poistnej zmluvy alebo návrhu poistnej zmluvy (okrem rodného čísla) boli spracúvané poisťovateľom na účely marketingových aktivít a to najmä ponúkanie produktov a s nimi súvisiacich služieb, zisťovanie názorov na spokojnosť s poskytovanými službami realizovaných poisťovateľom alebo jeho zmluvnými partnermi. Súčasne súhlasím s použitím svojho telefónneho čísla a e-mailovej adresy na zasielanie marketingových správ formou elektronickej pošty alebo formou služieb krátkych správ. Súhlas je poskytnutý na dobu počas trvania poistnej zmluvy a na dobu 10 rokov po ukončení platnosti poistného vzťahu.

  ☐ áno (súhlasím) ☐ nie (nesúhlasím)

- **s poskytnutím osobných údajov spoločnosti Union zdravotná poisťovňa, a.s.,**

  t.j. aby moje osobné údaje v rozsahu meno, priezvisko, titul, adresa trvalého pobytu, dátum narodenia, kontaktné číslo (telefónne číslo, faxové číslo, e-mailová adresa) boli poskytnuté spoločnosti Union zdravotná poisťovňa, a.s. so sídlom Bajkalská ul. 29/A, 821 08 Bratislava pre marketingové účely. Súčasne súhlasím so zasielaním marketingových správ formou elektronickej pošty alebo formou služieb krátkych správ. Súhlas je poskytnutý do konca kalendárneho roka po ukončení platnosti tejto poistnej zmluvy.

  ☐ áno (súhlasím) ☐ nie (nesúhlasím)

Poskytnutie osobných údajov na vyššie uvedené účely nie je povinné. Beriem na vedomie, že súhlas je možné kedykoľvek odvolať a že odvolanie nemá spätné účinky.

PRIEVIDZA 01.02.2017 ..... miesto a dátum

..... podpis poistníka