



# Miliónové poistenie osôb prepravovaných motorovým vozidlom

**Poisťovateľ:** Allianz - Slovenská poisťovňa, a.s., Dostojevského rad 4, 815 74 Bratislava, IČO: 00 151 700, IČ DPH: SK2020374862, zapísaná v obch. registri Okresného súdu Bratislava 1, odd.: Sa vložka č. 196/B

Rodné číslo / ak právnická osoba - potom IČO:  Vstupný vek:  rokov Muž  Žena

Poistník (vlastník alebo držiteľ motorového vozidla):

Priezvisko, meno, titul / ak právnická osoba - obchodné meno:

Kontaktná adresa (ulica, číslo, obec, PSČ):

Telefón:  E-mail:

Zamestnanie:

Číslo preukazu totožnosti / ak právnická osoba - DIČ:

Adresa trvalého bydliska poistníka (iba v prípade, že je iná ako vyššie uvedená):

**Poistený**  
Poistenou osobou je osoba, prepravovaná motorovým vozidlom.

**Motorové vozidlo, ku ktorému sa poistenie dojednáva**

ECV:  Počet sedadiel: do 5 (vrátane)  od 6 - 9 (vrátane)

VIN:

**Oprávnené osoby**  
Po úmrtí poistenej osoby má nárok na výplatu poisťnej sumy osoba určená Občianskym zákonníkom § 817 ods. 2 a 3

Deň uzavretia zmluvy:  Začiatok poistenia (najskôr nasledujúci deň po dni uzavretia zmluvy):  Poistná doba: Neurčitá

Spôsob platenia: poštovým peňažným poukazom  bankovým prevodom

Lehota platenia: ročná  polročná  štvrtročná

Poistenie pre prípad smrti úrazom	Základné poisťné sumy:
<input type="checkbox"/> Sadzba 46 MS	Smrť úrazom: 33 193,92 EUR / 1 000 000 SKK
<input type="checkbox"/> Poistenie pre prípad trvalých následkov úrazu	Trvalé následky úrazu: 33 193,92 EUR / 1 000 000 SKK
<input type="checkbox"/> Sadzba 46 MT	
<input checked="" type="checkbox"/> Poistenie pre prípad smrti úrazom a trvalých následkov	Dohodnutý násobok: 1 <input checked="" type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Sadzba 46 MV	

Lehotné poisťné:  EUR

Prí uzavieraní zmluvy inkasované:  EUR Inkasný doklad číslo:

**Vyhlasenie poistníka**  
Vyhlasujem, že som bol pred uzavretím poisťnej zmluvy oboznámený s jej obsahom, a že som prevzal Všeobecné poisťné podmienky pre miliónové poistenie osôb prepravovaných motorovým vozidlom, ktoré sa vzťahujú na túto poisťnú zmluvu a tvoria jej neoddeliteľnú súčasť ako jej prílohy.  
Vyhlasujem, že všetky moje odpovede na písomné otázky poisťovateľa, týkajúce sa poistenia sú úplné a pravdivé.  
Ako poistník prehlasujem, že som bol oboznámený so všetkými skutočnosťami vyplývajúcimi z § 10 ods. 1 zákona č. 428/2002 Z. Z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov.  
Ako poistník vyhlasujem a svojím podpisom potvrdzujem, že som bol oboznámený, a zároveň som obdržal v písomnej forme údaje v zmysle ustanovenia § 792 a) zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov.

**Vyhlasenie sprostredkovateľa poistenia**  
Vyhlasujem, že som osvedčil totožnosť klienta podľa dokladu totožnosti.  
Ak dôjde pri vyplňaní zmluvy k oprave, platné údaje musia byť potvrdené podpisom poistníka.  
Táto poisťná zmluva je vyhotovená v troch rovnopisoch, jeden pre poisťovateľa, jeden pre poistníka a jeden pre sprostredkovateľa poistenia.

\* Pokiaľ sa jedná o prihlášku ku skupinovej/rámcovej poisťnej zmluve číslo  odchyľne platí, že poistenie sa riadi výlučne všeobecnými poisťnými podmienkami a zmluvnými dojednaniami príslušnej skupinovej/rámcovej poisťnej zmluvy.



Získateľské číslo sprostredkovateľa poistenia 1: <input type="text" value="36361"/>	Priezvisko a meno sprostredkovateľa poistenia 1: <input type="text" value="RESPECT KONIKIA S. P. S."/>	Telefón sprostredkovateľa poistenia 1: <input type="text"/>	Získateľské číslo sprostredkovateľa poistenia 2: <input type="text"/>
---	--	---	---

Podpis poistníka: \_\_\_\_\_ Podpis sprostredkovateľa poistenia (odtlačok pečiatky): \_\_\_\_\_