

VYHLÁSENIE O VSTÚPENÍ DO POISTENIA

Groupama poisťovňa a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, so sídlom Miletičova 21, 821 08 Bratislava, IČO: 47 236 060, zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Po, vložka č.: 2019/B, organizačná zložka Groupama Biztosító Zrt., so sídlom: Erzsébet királyné útja 1/C, 1146 Budapest, Maďarsko, IČO: 01-10-041071, DIČ: 4020340236, registrovaná Registrovým súdom Súdnej stolice pre hlavné mesto, číslo registrácie: 01-10-041071 (ďalej len „poisťovateľ“)

1. Údaje klienta – dlžníka

a. Meno:			
b. Priezvisko:			
c. Titul:			
d. Miesto narodenia:			
e. Dátum narodenia:			
f. Rodné číslo:			
g. Adresa: ulica			číslo
mesto/obec			PSČ
h. Číslo občianskeho preukazu:			
i. Telefónne číslo:			
j. E-mail:			

2. Údaje zástupcu OTP Banky Slovensko, a. s.

a. Meno:			
b. Priezvisko:			
c. Titul:			
d. Adresa pobočky: ulica			číslo
mesto/obec			PSČ
e. Telefónne číslo:			
f. E-mail:			
g. Číslo žiadosti o poskytnutie úveru:			

3. Žiadosť o rizikové životné poistenie

Požadovaný poisťný balík:	Kryté riziká:
<input type="checkbox"/> Komplexný balík poistenia	<ul style="list-style-type: none"> Smrť z akejkoľvek príčiny Invalidita následkom úrazu Pracovná neschopnosť Nezamestnanosť
<input type="checkbox"/> Základný balík poistenia	<ul style="list-style-type: none"> Smrť z akejkoľvek príčiny Invalidita následkom úrazu

4. Vyhlásenia klienta

V prípade požiadavky na rizikové životné poistenie klient v súvislosti s poisťnou zmluvou rizikového životného poistenia s označením GB2636 uzatvorenou medzi OTP Banka Slovensko, a. s. ako poisťníkom (ďalej len „poisťník“ alebo „banka“) a Groupama poisťovňa a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, organizačná zložka Groupama Biztosító Zrt. (ďalej len „skupinová poisťná zmluva“) pre Groupama poisťovňa a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, organizačná zložka Groupama Biztosító Zrt. (ďalej len „poisťovateľ“) dáva nasledujúce vyhlásenia:

1. Splnenie podmienok (písm. a. až j.) je požadované v prípade uzatvorenia základného balíka.

Klient uvedie pravdivé odpovede na nasledovné vyhlásenia:

a. jeho vstupný vek je 18 až 64 rokov a má úplnú spôsobilosť na právne úkony;

áno nie

Je pravdou, že:

b. nie je v pravidelnej lekárskej opatere, netrpí chronickým, dlhotrvajúcim, opakujúcim sa, nevyliečiteľným alebo závažným ochorením, telesnou vadou, závislosťou, ochorením, ktoré by mohlo ohroziť jeho zdravie alebo život, alebo ochorením, resp. poruchou zdravia, ktorá by mohla mať za následok vznik invalidity a nie je pod pravidelným lekárskeym dohľadom v dôsledku zisteného ochorenia, resp. poruchy zdravia s pravidelným alebo trvalým užívaním liekov;

áno nie

c. netrpí a v posledných 10 rokoch pred začiatkom poistenia netrpel žiadnym onkologickým ochorením;

áno nie

d. netrpí a v posledných 5 rokoch pred začiatkom poistenia netrpel žiadnym kardiovaskulárnym ochorením;

áno nie

e. netrpí nervovou alebo duševnou poruchou ani nervovým alebo duševným ochorením a nie je závislý od alkoholu alebo iných návykových a omamných látok;

áno nie

f. nemá zníženú schopnosť vykonávať zárobkovú činnosť v dôsledku dlhodobo nepriaznivého zdravotného stavu v porovnaní so zdravou fyzickou osobou viac ako 40 % v zmysle príslušných všeobecne záväzných právnych predpisov platných pre oblasť sociálneho poistenia;

áno nie

g. nie je poberateľom starobného ani invalidného dôchodku, iného štátneho príspevku a ani v minulosti nepoberal čiastočný invalidný dôchodok alebo invalidný dôchodok;

áno nie

h. netrpí infekčnou chorobou, chorobou z povolania, nemá diagnostikovaný únavový syndróm, degeneratívne ochorenie chrbtice;

áno nie

i. nemá diagnostikovaný úraz s dlhodobou liečbou a/alebo následkami;

áno nie

j. 24 mesiacov pred začiatkom poistenia sa nezúčastnil a ani teraz sa neúčastňuje na odvykacej, detoxikačnej alebo spánkovej kúre;

áno nie

Ak ste odpovedali „Nie“ na niektorý z vyššie uvedených bodov, nie je možné uzavrieť základný balík poistenia.

Doplňujúce informácie: (v prípade, že si klient želá upresniť niektorú odpoveď) _____

2. Splnenie podmienok (pod písmenami a. až o.) je požadované v prípade uzatvorenia komplexného balíka:

Klient uvedie pravdivé odpovede na nasledovné vyhlásenia:

Je pravdou, že:

k. v rámci zamestnania nie je a nemá vedomosť o tom, že by v budúcnosti bol vystavený zvláštnemu nebezpečenstvu (napríklad: práca s chemikáliami, práca v podzemí, pyrotechnik, práca v laboratóriu, zamestnanie ako krotiteľ alebo ošetrovateľ zvierat, umývač okien pracujúci vo výškach alebo s horolezeckou technikou, potápač, opravár elektrického vedenia, hasič, policajt, vojak, vojak v zálohe, člen SBS a podobne), ani nezaobchádza so zbraňami, výbušnými, vyžarujúcimi alebo inak zdraviu nebezpečnými látkami;

áno nie

l. nie je uznaný za dočasne práceneschopného a za posledných 12 mesiacov nebol uznaný za dočasne práceneschopného dlhšie ako 30 po sebe idúcich dní;

áno nie

m. je zamestnaný na dobu neurčitú a bol zamestnaný v pracovnom pomere nepretržite v predchádzajúcich 12 mesiacoch, nie je v skúšobnej dobe, nie je vo výpovednej lehote;

áno nie

n. za posledných 12 mesiacov nedal a ani mu nebola daná výpoveď z pracovného pomeru, neskončil so zamestnávateľom okamžite pracovný pomer, neoddržal od zamestnávateľa ani nezaslal zamestnávateľovi návrh na skončenie pracovného pomeru dohodou;

áno nie

o. zamestnávateľ nie je osoba blízka v zmysle § 116 Občianskeho zákonníka a nemá majetkovú účasť u zamestnávateľa.

áno nie

Ak ste odpovedali „Nie“ na niektorý z vyššie uvedených bodov, nie je možné uzavrieť komplexný balík poistenia.

Doplňujúce informácie: (v prípade, že si klient želá upresniť niektorú odpoveď) _____

3. Výluky na základe ktorých nie je možné prijať klienta do poistenia:

– ak trpí chorobou z povolania; je pilot, potápač; pracuje ako letecký personál; je profesionálny športovec; vykonáva (účastní sa extrémnych) adrenalínových športov; je povolaný do služieb ozbrojených síl.

4. Vyhlásenie klienta:

Klient vyhlasuje, že prijíma zmluvné a poisťné podmienky skupinovej poisťnej zmluvy uzatvorenej medzi poisťníkom a poisťovateľom a súhlasí s tým, aby sa naňho vzťahovalo poisťné krytie zo strany poisťovateľa a aby oprávnenou osobou skupinovej poisťnej zmluvy bol poisťník.

Klient vyhlasuje, že ku skupinovej poisťnej zmluve pristupuje ako poistená osoba.

Klient sa zaväzuje, že poisťné, ktoré na neho banka postúpila spolu s mesačnými splátkami banke splatí, berie na vedomie, že zo súm, ktoré zaplatil banke sa ako prvá zúčtuje suma poisťného pre rizikové životné poistenie, ďalej, že v prípade omeškania s platbou viac ako 60 dní, poistenie vzťahujúce sa na klienta zaniká.

Klient vyhlasuje, že pred podpísaním tohto vyhlásenia o vstupe do poistenia obdržal od poisťníka informácie o poisťovateľovi a o dôležitých podmienkach skupinovej poisťnej zmluvy, informačný dokument o poisťnom produkte, oboznámil sa a prevzal zmluvné podmienky poisťnej zmluvy číslo 21/2010/NP a číslo 12/2010/ŽP ako aj všeobecné a osobitné poisťné podmienky, ktoré sa na poisťnú zmluvu/poistenie vzťahujú a tieto skutočnosti potvrdzuje svojím podpisom.

Klient vyhlasuje, že súhlasí s tým, aby poisťovateľ získaval a spracovával informácie súvisiace s jeho zdravotným stavom, ako aj s tým, aby poisťovateľ zisťoval a získaval informácie o jeho zdravotnom stave aj od tretích osôb – hlavne od jeho lekára, zdravotného zariadenia. Ďalej zbavuje povinnosti zachovania lekárskeho tajomstva a mlčanlivosti všetkých lekárov, nemocnice a zdravotné zariadenia, v ktorých bol/je/bude liečený. Zároveň splnomocňuje lekárov, zdravotnícke zariadenia a zariadenia poskytujúce zdravotnícku starostlivosť k vyhotoveniu lekárskeho správ, zdravotnej dokumentácie, jej kópií a výpisov za účelom posúdenia jeho zdravotného stavu pri pristúpení k skupinovej poisťnej zmluve, pri zmenách poistenia, ako aj za účelom vybavovania poisťných udalostí i na dobu po mojej smrti.

Klient berie na vedomie a súhlasí s tým, že poisťné krytie poskytované poisťovateľom sa nevzťahuje na udalosti, ktoré sú v príčinnej súvislosti s existujúcimi chorobami, chorobným stavom alebo vrodenými anomáliami (ďalej len „existujúce choroby“) existujúcimi pred začiatkom poskytovania poisťného krytia a s ich následkami, v prípade, ak poistený vedel o existujúcej chorobe v čase začiatku poskytovania poisťného krytia.

Klient vyhlasuje, že jeho poskytnuté odpovede zodpovedajú skutočnosti a sú úplné a pravdivé.

Klient berie na vedomie, že v prípade vedomého poskytnutia nepravdivých údajov a/alebo úmyselného zamlčania údajov je poisťovateľ oprávnený odmietnuť poisťné plnenie.

