

Zodpovedajúce okienka označte krížikom, údaje vyplňte paličkovým písmom

Číslo návrhu <input type="text" value="1202200009"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Nová poisťná zmluva <input type="checkbox"/> Zmena existujúcej zmluvy	Nákladové číslo <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="8"/>
	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Získateľské číslo <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="4"/>

POISTNÍK/platiteľ poisťného

Priezvisko, meno, titul/názov ¹ Obec Sejkov	RČ/IČO ¹ 00325759	Štát. prísl. SR	Kat. kl. 420
Meno a funkcia osoby konajúcej v mene práv. osoby ¹ Peter Tokár, starosta obce			
Trvalý pobyt/ulica, č.d. Sejkov 80	PSČ 072 51	Miesto/štát Krčava	
Korešp. adr. v SR/ulica, č.d.	PSČ	Miesto	
Typ preuk. totož. OP	Číslo <input type="text" value=""/>	Dát. vydania <input type="text" value=""/>	Vydal orgán/štát Sobrance
Tel. číslo 0907911612	E-mail sejkov@lekosonline.sk	Dátum narodenia	

PRVÁ POISTENÁ OSOBA Pohlavie: muž žena

Je poistená osoba P1 súčasne poisťníkom? áno nie Ak áno, vyplňte len údaje označené *

Priezvisko, meno, titul	RČ	Štát. prísl.
Trvalý pobyt/ulica, č.d.	PSČ	Miesto/štát
Korešp. adr. v SR/ulica, č.d.	PSČ	Miesto
Tel. číslo	E-mail	Súčasný zamestnanie*
Záujm. činnosť/šport (registrácia v šport. klube <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie, súťaží <input type="checkbox"/> pravid. <input type="checkbox"/> nepravid.)		Nebezp. sk.*
Navštevuje šport. triedu <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie)*		Kód zamest.*

DRUHÁ POISTENÁ OSOBA (vyplňte v prípade rodinného poistenia)

Je adresa trvalého pobytu P2 zhodná s adresou trvalého pobytu P1? áno nie Ak áno, tak nie je potrebné vyplniť adresu aj pre P2

Priezvisko, meno, titul	RČ	Štát. prísl.
Trvalý pobyt/ulica, č.d.	PSČ	Miesto
Tel. číslo	E-mail	Kód zamest. Nebezp. sk.
Záujm. činnosť/šport (registrácia v šport. klube <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie, súťaží <input type="checkbox"/> pravid. <input type="checkbox"/> nepravid.)		Súčasný zamestnanie

SPOLUPOISTENÉ DETI (vyplňte v prípade rodinného poistenia)

Priezvisko, meno	RČ	Neb. skupina Dieťa
Záujm. činnosť/šport (reg. v šport. klube <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie, súťaží <input type="checkbox"/> pravid. <input type="checkbox"/> nepravid.)		Kód zamest. 388
Priezvisko, meno	RČ	
Záujm. činnosť/šport (reg. v šport. klube <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie, súťaží <input type="checkbox"/> pravid. <input type="checkbox"/> nepravid.)		

Doba trvania poistenia

Začiatok poistenia ² 08. 04. 2024	Zmena poistenia ³	Poisťná doba rokov
Počet dní (pri krátkodobom SÚP) 2 6 8	dní <input type="checkbox"/> Neurčito (pri dlhodobom SÚP)	

Platenie poisťného	Spôsob platenia poisťného: <input type="checkbox"/> Trvalý príkaz <input type="checkbox"/> Inkaso <input checked="" type="checkbox"/> Príkaz na úhradu <input type="checkbox"/> Poštová poukážka
	Periodicita platenia: Bežne <input type="checkbox"/> Ročne <input type="checkbox"/> Polročne <input type="checkbox"/> Štvrťročne <input checked="" type="checkbox"/> Jednorazovo

IBAN je štandardný medzinárodný formát čísla účtu Číslo účtu v IBAN

Vysvetlivky:

- Ak je poisťníkom právnická osoba uveďte jej IČO, názov a meno, funkciu, preukaz totožnosti osoby konajúcej v jej mene.
 - V prípade, ak v návrhu PZ nie je uvedený začiatok poistenia, alebo ak je tento dátum zhodný s dátumom prevzatia návrhu alebo tomuto dátumu predchádza, za začiatok poistenia sa považuje nultá hodina dňa nasledujúceho po dni prevzatia návrhu poisťiteľom.
 - V prípade navrhovanej zmeny poistenia poisťník žiada, aby sa zmena poistenia vykonala k dátumu účinnosti zmeny poistenia resp. k dátumu doručenia žiadosti o zmenu poistenia, ak dátum účinnosti zmeny nie je v návrhu uvedený. Ak nie je možné vykonať zmenu k tomuto dátumu, poisťník žiada, aby sa zmena vykonala k najbližšiemu možnému dátumu nasledujúcemu po dátume účinnosti zmeny poistenia, resp. po dátume doručenia žiadosti o zmenu poistenia.
- Koniec poistenia sa určuje z poisťnej doby. Pokiaľ je poisťná doba určená v celých rokoch, deň a mesiac dátumu konca poistenia sa zhoduje s dňom a mesiacom začiatku poistenia a rok konca poistenia je daný súčtom roku začiatku poistenia a poisťnej doby. Trvanie krátkodobého poistenia vyplýva z poisťnej doby, pričom začiatok poistenia je prvým dňom poisťnej doby. Poisťnú dobu „neurčito“ možno dojednať v dlhodobom skupinovom úrazovom poistení.

Poistená skupina (vyplňte v prípade skupinového úrazového poistenia)

(P1 - P4 je označenie poistenej osoby)

Počet osôb 4	Počet osôb celkom zo všetkých návrhov poistníka
Číslo ostatných návrhov	
<input type="checkbox"/> Bez uvedenia mien	<input checked="" type="checkbox"/> S uvedením mien (zoznam poistených musí byť priložený k návrhu PZ)
<input type="checkbox"/> Pre určitú skupinu	<input checked="" type="checkbox"/> Pre všetkých zamestnancov/členov definovanej skupiny

Číslo návrhu

1202200009

Presné označenie vykonávanej činnosti (prac. zaradenie)/činnosti spolku (druh športu)/ poistenej činnosti alebo podujatia
Aktivační pracovníci

Tarifa R S 1 1 Indexácia poistenia (každoročná úprava poistného a poistných súm v zmysle poistných podmienok)

VŠEOBECNÉ ÚDAJE

Oprávnená osoba pre prípad smrti úrazom P1

<input type="checkbox"/> Neurčujem	Oprávnená osoba (ďalej „OO“) sa určuje buď vzťahom k poistenému, alebo menom a rodným číslom (ďalej „RČ“). V prípade, že OO je určená súčasne menom a RČ a aj vzťahom, považuje sa za OO tá osoba, ktorá je určená menom a RČ. V prípade, že nie je označená kolónka „neurčujem“, ani „vzťahom“ a ani „menom“, považuje sa OO za neurčenú. OO v prípade rodinného poistenia je uvedená v zmluvných dojednaniach. Ak OO nemá RČ, uveďte dátum narodenia.		
<input type="checkbox"/> Vzťahom	Označte príslušný vzťah: <input type="checkbox"/> Manžel/ka <input type="checkbox"/> Deti <input type="checkbox"/> Rodičia <input type="checkbox"/> Iný vzťah (uveďte):		
<input type="checkbox"/> Menom	Priezvisko, meno	RČ	Podiel v %
<input type="checkbox"/> Menom	Priezvisko, meno	RČ	Podiel v %
<input type="checkbox"/> Menom	Priezvisko, meno	RČ	Podiel v %
<input type="checkbox"/> Menom	Priezvisko, meno	RČ	Podiel v %

(Ak nie je uvedená %-uálna výška podielu, resp. ak je súčet rôznych od 100 %, tak sa poistné plnenie rozdelí rovnakým dielom medzi uvedené oprávnené osoby.)

SPOLU: 100 %

VŠEOBECNÉ ÚDAJE

Súbežné poistenia: 1. Má poistený už uzavreté životné (Ž) alebo úrazové (Ú) poistenie, príp. má podaný návrh PZ?

Nie Áno pre: P Ž Ú Spoločnosť? Číslo poistky? Poistná suma? Platnosť?

Nie Áno pre: P Ž Ú Spoločnosť? Číslo poistky? Poistná suma? Platnosť?

2. Bola žiadosť poisteného o poistenie uvedené v bode 1 odmietnutá alebo prijatá za sťažených podmienok?

Nie Áno pre: P Ž Ú Ak áno - aké poistenie? Dôvod?

Nie Áno pre: P Ž Ú Ak áno - aké poistenie? Dôvod?

Rizikové činnosti: 3. Je alebo bude poistený (P1 - P4) vystavený zvláštnemu riziku alebo nebezpečenstvu? (napr. silné žiarenie, výbušniny, potápanie, rýchlostné preteky, súkromné a športové lety, parašutizmus, paragliding, rogalo, bungee jumping, extrémne športy, účasť na športových súťažiach a pod.)

Nie Áno pre: P Opis rizika:

Nie Áno pre: P Opis rizika:

ÚDAJE O POISTENÍ

Typ poistenia (označte vždy len jednu možnosť)

1. Individuálne úrazové poistenie pre

Dospelých (24-h. krytie) Dospelých (pracovný čas) Seniorov (24-h. krytie) Deti a mládež (24-h. krytie)

Rodinné 100/75/50 (24-h. krytie) Rodinné 100/50/25 (24-h. krytie)

2. Skupinové úrazové poistenie pre

Dospelých (24-h. krytie) Dospelých (pracovný čas) Spolky a záujmové združenia Deti a mládež (24-h. krytie)

Športové kluby (24-h. krytie) Deti v MŠ, žiakov ZŠ a SŠ

3. Krátkodobé skupinové úrazové poistenie pre

Dospelých (24-h. krytie) Dospelých (vymedzený čas) Deti a mládež (24-h. krytie) Deti v MŠ, žiakov ZŠ a SŠ

Poistné sumy pre poistenú skupinu S1:

Pevné poistné sumy - násobok hrubého ročného príjmu poistených (pre trvalé následky úrazu a smrť úrazom)

EUR Výška celkového hrubého ročného príjmu poistených

Priezvisko a meno obchodného zástupcu (OZ) Číslo OZ Kontakt na OZ (tel. číslo, e-mail)
Hirák Marek 72656214 hirak.marek@obchod.uniqa.sk

Vysvetlivky:

¹ Súčin sadzby ročného poistného a poistnej sumy.
² Uvedené poistenie je dojednávané, iba ak je preň uvedené ročné tarifné poistné a toto je započítané do bežného alebo jednorazového poistného.

(P1 - P4 je označenie poistenej osoby)

³ Výška a/alebo nárok na poistné plnenie sú uvedené v Zmluvných dojednaniach pre úrazové poistenie (ZD ÚP).
⁴ Vztahuje sa na poistenú osobu P1.
⁵ Vztahuje sa na poistené osoby P1, P3 - P4.

Číslo návrhu

1202200009

ÚDAJE O POISTENÍ

Poistné sumy a poistné pre poistenú osobu P1, S1:

Kód/Názov poistenia	Poistná suma	Ročné tarifné poistné ¹
800 Trvalé následky úrazu: s progresiou <input checked="" type="checkbox"/> bez <input type="checkbox"/> 350% <input type="checkbox"/> 500% <input checked="" type="checkbox"/> iné vid'. ďalšie dojednania	5000 €	6 €
Je možné dojednať len jednu z uvedených možností. Pokiaľ nie je označená žiadna možnosť, platí bez progresie.		
810 Smrť úrazom	3000 €	2,70 €
821 Denné odškodné od <input type="checkbox"/> 1. dňa <input type="checkbox"/> 10. dňa <input type="checkbox"/> 10. dňa spätne	€/deň	€
Pokiaľ nie je označená žiadna možnosť, považuje sa za požadované denné odškodné od 10. dňa.		
830 Nemocničné odškodné	€/deň	€
840 Úrazová hospitalizácia (Bolestné)	€ ²	€
850 Úrazové náklady	€	€
861 Euroochrana	€	€
870 U-plus servis	€/deň ^{3,4}	€
871 Zlomeniny kostí u detí	podľa ZD ÚP ^{3,5}	€
881 Drobné úrazy	podľa ZD ÚP ^{2,3}	€
890 Zachraňovacie náklady	€ ²	€
900 Čas nevyhnutného liečenia	1000 €	€
910 Kozmetické operácie	€	€
Celkové ročné tarifné poistné pre 1 osobu:		€
Celkové ročné tarifné poistné (vrátane všetkých zliav a prirážok pre všetky poistené osoby):		65,47 €
Daň z poistenia (8 %):		5,24 €
Bežné alebo jednorazové poistné za príslušné obdobie (vrátane dane z poistenia):		70,71 €

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

	P1		P2		P3		P4	
	cm	kg	cm	kg	cm	kg	cm	kg
1. Aká je Vaša výška a hmotnosť?								
2. Ste v súčasnej dobe uznaný za práceneschopného?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno
3. Bola Vám priznaná invalidita?	<input type="checkbox"/> do 70% (vrátane)	<input type="checkbox"/> nad 70%	<input type="checkbox"/> do 70% (vrátane)	<input type="checkbox"/> nad 70%	<input type="checkbox"/> do 70% (vrátane)	<input type="checkbox"/> nad 70%	<input type="checkbox"/> do 70% (vrátane)	<input type="checkbox"/> nad 70%
4. Utrpeli ste úraz kostí, svalov alebo kĺbov za posledných 10 rokov?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno
5. Máte alebo mali ste v minulosti ochorenie: srdca a ciev, neurologické, duševné/psychické, onkologické, ochorenie krvi, pohybového aparátu a chrbtice, cukrovku, AIDS alebo HIV - pozitívitu?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno
6. Máte alebo mali ste v priebehu posledných 10 rokov choroby oka, zraku alebo predpísané dioptrie nad +10, poruchu sluchu alebo ochorenie ucha?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno
7. Boli ste za posledných 10 rokov hospitalizovaný/operovaný alebo máte plánovanú hospitalizáciu/operáciu? (okrem hospit. v súvislosti s tehotenstvom)	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno

Kto je Váš ošetrojúci lekár? (meno, adresa ambulancie, tel. č.)

P1

P2

Údaje k bodu 1. - 7. zdravotného dotazníka, ak bola označená odpoveď „áno“. Uved'te meno poisteného, choroby, diagnózy, operácie (dátum) percento poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť (do 70 %, nad 70 %), počet dioptrií, užívané lieky, iné rozhodujúce skutočnosti.

Vysvetlivky:

PZ - poisťná zmluva
 OZ - Občiansky zákonník
 Z.z. - Zbierka zákonov
 EU - Európska únia

Ďalšie dojednania

Platnosť poistenia v čase a mieste výkonu aktivačných prác pre poistníka počas platnosti tejto poisťnej zmluvy. (8.4.2024 - 31.12.2024)

Číslo návrhu

1202200009

VYHLÁSENIA

Vyhlásenie poistníka (záujemcu o poistenie) o prevzatí informačného dokumentu o poisťnor produkte pred podpisom návrhu poisťnej zmluvy

Vyhlasujem a svojim podpisom potvrdzujem, že mi bol riadne v dostatočnom časovom predstihu pre podpisom návrhu poisťnej zmluvy obchodným zástupcom poisťiteľa (osobou sprostredkujúcou poisťnor

produkt) poskytnutý Informačný dokument o príslušnom poistení (IPID) vypracovaný v súlade so smernicou Európskeho parlamentu a Rade (EÚ) 2016/97 a Vykonávacím nariadením Komisie (EÚ) 2017/1469 tak, aby som mohol prijať informované rozhodnutie o uzavretí poisťnej zmluvy. Poistený svojím podpisom potvrdzuje, že spĺňa všetky podmienky poisťiteľnosti v zmysle Všeobecných poisťných podmienok pre úrazové poistenie – 2016. Poistený súhlasí, aby poisťiteľ podľa potreby zisťoval jeho zdravotný stav, ako aj ďalšie informácie potrebné pre určenie podmienok pre uzavretie, zmenu alebo pokračovanie poisťnej zmluvy, ako aj na určenie nárokov vyplývajúcich z poisťnej zmluvy. Zároveň splnomocňuje poisťiteľa k jednaniu s príslušnými inštitúciami (lekári, nemocnice, iné zdravotnícke zariadenia a pod.) a v prípade potreby zbavuje tieto inštitúcie povinnosti zachovávať mlčanlivosť, ak je to možné.

Poistník/poistený svojím podpisom potvrdzuje súhlas s nasledovnými vyhláseniami: Všetkým otázkam v tomto návrhu PZ som porozumel a všetky mnou poskytnuté vyhlásenia, odpovede, osobné a ostatné údaje sú pravdivé, aktuálne a úplné a súhlasím s ich postúpením riaditeľovi zaistovacej spoločnosti. V prípade, ak pri jednotlivých otázkach, resp. údajoch s možnosťou voľby „áno“ alebo „nie“, nie je vyplnená kolónka „áno“ a zároveň nie je vyplnená kolónka „nie“, platí ako odpoveď „nie“. Pred podpisom tohto návrhu som bol zo strany poisťiteľa zrozumiteľne a písomne informovaný o všetkých údajoch platných pre dané poistenie v zmysle § 792a OZ v znení platnom v čase podpisu návrhu PZ, a to prostredníctvom návrhu PZ, ako aj Všeobecných poisťných podmienok pre úrazové poistenie – 2016, oceňovacích tabuliek a zmluvných dojednaní (ďalej len „podmienky“), ktorými sa poistenie, dojednané podľa tohto návrhu riadi, a súhlasím s nimi. Uvedené podmienky tvoria neoddeliteľnú súčasť poisťnej zmluvy. **Potvrdzujem** prevzatie písomných podmienok v čase pred podpisom návrhu PZ alebo ich prevzatie elektronickou poštou. **Bol som oboznámený** so všetkými skutočnosťami vyplývajúcimi z § 15 ods. 1 zákona č. 122/2013 Z. z. a ako dotknutá osoba som bol poučený o svojich právach uvedených v § 28 uvedeného zákona. **Potvrdzujem**, že som svoje osobné údaje poskytol dobrovoľne a bez nátlaku. **Beriem na vedomie** nasledovné skutočnosti: Podmienky v písomnej forme sú k dispozícii na verejne dostupnej internetovej stránke poisťiteľa www.uniqua.sk, ako aj na pobočkách, resp. obchodných miestach poisťiteľa. **Poistník** týmto neodvolateľne a záväzne vyhlasuje, že peňažné prostriedky použité na platenie poisťného z tejto poisťnej zmluvy sú jeho vlastníctvom a uzavretie tejto zmluvy vykonáva na vlastný účet. V prípade uzavretia zmluvy na cudzí účet alebo použitia prostriedkov inej osoby sa poisťník zaväzuje poisťiteľovi predložiť zákonom požadované doklady preukazujúce písomný súhlas tejto osoby.

Poistník svojím podpisom potvrdzuje, že súhlasí s prípadnou úpravou výšky bežného alebo jednorazového poisťného, resp. poisťnej sumy maximálne o 1 % v dôsledku elektronického spracovania dát a s úpravou rozsahu poistenia, resp. výšky poisťnej sumy alebo poisťného uvedeného v tomto návrhu poisťnej zmluvy v dôsledku ocenenia rizík bez toho, aby túto úpravu poisťiteľ s ním prerokoval. Poistka zaslaná poisťníkovi s takto upraveným rozsahom poistenia sa nepovažuje za protinávrh poisťiteľa. **Poistník** svojím podpisom potvrdzuje, že ak sa počas trvania poistenia stane politicky exponovanou osobou, neodkladne to oznámi poisťiteľovi. Osobné údaje uvedené v zákone o poisťovníctve poisťiteľ oprávnený spracovávať v zmysle § 10 ods. 2 a ods. 3 písm. b) zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov aj bez súhlasu dotknutej osoby; osobné údaje môžu byť predmetom cezhraničného prenosu do krajín EÚ a Švajčiarska, ako aj do tretích krajín neposkytujúcich primeranú úroveň ochrany osobných údajov, a to iba v prípade, ak je prenos nevyhnutný na plnenie zmluvy medzi dotknutou osobou a poisťiteľom; poisťiteľ je oprávnený v súvislosti s výkonom poisťovacej činnosti osobné údaje poisťníka/poisteného poskytnúť alebo sprístupniť tretej strane; aktuálny zoznam spoločností, ktorým sa osobné údaje môžu poskytnúť alebo sprístupniť, je zverejnený na internetovej stránke poisťiteľa; informácie podľa § 15 ods. 1 a § 28 zákona č. 122/2013 Z. z. sú umiestnené na webovej stránke poisťiteľa www.uniqua.sk. Osobné údaje dotknutej osoby nebú zverejňované. **Poistník/poistený** svojím podpisom potvrdzuje pravdivosť všetkých údajov uvedených v návrhu a žiada o uzatvorenie poistenia v rozsahu tohto návrhu.

MICHALOVCE
 Miesto, dátum prevzatia

Podpis poistníka

Poistník
 resp. zástupcu*

* za poisťované neplnoleté deti podpisuje návrh PZ vždy ich zákonný zástupca

VYHLÁSENIE POISTITEĽA:

Potvrdzujem prevzatie tohto návrhu na uzavretie (zmenu) poisťnej zmluvy menom UNIQA poisťovne, a.s.. Poisťná zmluva je uzavretá (zmení sa) doručením oznámenia o prijatí návrhu poisťiteľom klientovi. Svojím podpisom prehlasujem, že som prevzal návrh poisťnej zmluvy a vykonal identifikáciu a overenie identifikácie klienta v zmysle § 7 a 8 zákona č. 297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu, a to overením totožnosti poistníka na základe preukazu totožnosti alebo výpisu z obchodného, resp. živnostenského registra. Poisťiteľ je oprávnený na základe § 10 ods. 2 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov spracovávať osobné údaje stanovené osobitným zákonom o poisťovníctve.

Vyhlásenie sprostredkovateľa poistenia o vhodnosti**Vyhlásenie o vhodnosti**

Vyhlasujem, že som ako sprostredkovateľ (zástupca poisťiteľa) zaznamenal na základe informácií poistníka jeho požiadavky a potreby finančnú situáciu, ako aj jeho skúsenosti a znalosti týkajúce sa poistenia. Na základe týchto informácií som presvedčený, že tento produkt ktorý má záujem uzatvoriť poistník, je pre poistníka vhodný.

V. *MICHALOVCE* dňa *9. 4. 2024*

Marek
 obchodný zástupca
 7 285 600 000
 UNIQA oprávnený zástupca
 poistníka a prevzatia

Poistiteľ je podľa právneho poriadku SR povinný pri uzavieraní poisťnej zmluvy požadovať preukázanie totožnosti poistníka a poistník je povinný takejto žiadosti vyhovieť.