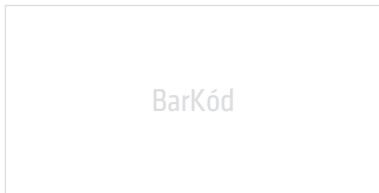


Obchodné meno, sídlo, právna forma a registrácia Poistovne:
 AEGON Životná poisťovňa, a.s., Slávičie údolie 106, 811 02 Bratislava,
 Slovenská republika, IČO: 35 979 356, DIČ: 2022134345,
 Zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I,
 Oddiel: Sa, Vložka číslo: 3810/B, (ďalej len „Poistovňa“)
 www.aegon.sk, aegon@aegon.sk, 0850 123 466
 IBAN kód: SK901100000002626726777, Swift kód: TATRSKBX



Číslo poistnej zmluvy:

1. POVINNÉ ÚDAJE - POISTNÍK	
Meno a priezvisko/ Názov alebo Obchodné meno Poistníka _____	
Rodné číslo / IČO _____	Email _____ Telefón _____
Ste v súčasnosti štatutárnym orgánom, prokuristom, väčšinovým spoločníkom a/alebo akcionárom právnickej osoby alebo vykonávate podnikateľskú činnosť v oblasti realitného obchodu, stavebníctva, prevádzkovania záložne, nočného podniku, nakladania s odpadom, hazardných hier, stávkových kancelárií, reštauračných služieb, pohostinstiev, obchodu so šperkami a drahými kameňmi, kovmi, zbraňami, starožitnosťami a/alebo máte vy alebo právnická osoba, v ktorej vykonávate jednu z vyššie uvedených funkcií, miesto podnikania alebo sídlo mimo krajín Európskej únie? <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	
Ste politicky exponovanou osobou*? <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	
Ak ste odpovedali na ktorúkoľvek z predchádzajúcich otázok ÁNO, vyplňte, prosím samostatné tlačivo „Doplnenie identifikácie poistníka“.	
2. POVINNÉ ÚDAJE - POISTENÝ	
Pozícia Poisteného na poistnej zmluve: <input type="checkbox"/> Poistený č.: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tútor č.: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dieťa	
Meno a priezvisko Poisteného _____	
Rodné číslo _____	Email _____ Telefón _____
3. ZMENA V DOPLNKOVOM POISTENÍ (PRIPOISTENÍ) Vpíšte kód jednej z možností.	
A-zvýšenie poistnej sumy, B-zníženie poistnej sumy, C-dojednanie doplnkového poistenia, D-zrušenie doplnkového poistenia (pripoistenia).	Požadovaná poistná suma:
V prípade kódov A a C je povinné VŽDY vyplniť ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK. V prípade kódov A a C pre doplnkové poistenie (pripoistenie) pre pripoistené deti je povinné vyplniť údaje o pripoistených deťoch a ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK PRE DIETA.	
<input type="checkbox"/> Prevzatia platenia poistného v prípade invalidity (5PI) Iba kód C a D	<input type="checkbox"/> pre POISTENÉHO <input type="checkbox"/> pre POISTNÍKA, ktorý sa stáva POISTENÝM
<input type="checkbox"/> Oslobodenia od platenia poistného (OOPP) Iba kód C a D	<input type="checkbox"/> pre POISTENÉHO <input type="checkbox"/> pre POISTNÍKA, ktorý sa stáva POISTENÝM
<input type="checkbox"/> Invalidity s rentovou výplatou od 41 % (IRV41)	_____ €
<input type="checkbox"/> Invalidity s rentovou výplatou od 71 % (IRV71)	_____ €
<input type="checkbox"/> Invalidity s jednorazovou výplatou (IIV)	_____ €
<input type="checkbox"/> Invalidity od 41 % a úmrtia s klesajúcou poistnou sumou (IUK41)	Poistná doba _____ r. _____ €
<input type="checkbox"/> Invalidity od 71 % a úmrtia s klesajúcou poistnou sumou (IUK71)	Poistná doba _____ r. _____ €
<input type="checkbox"/> Úmrtia (PU18)	Poistná doba _____ r. _____ €
<input type="checkbox"/> Úmrtia s dočasnou rentovou výplatou (URV)	Poistná doba _____ r. _____ €
<input type="checkbox"/> Úmrtia v dôsledku infarktu srdca alebo mozgovej príhody (ÚIM)	_____ €
<input type="checkbox"/> Úmrtia v dôsledku úrazu (ÚÚ)	_____ €
<input type="checkbox"/> Úmrtia s klesajúcou poistnou sumou (PUK16)	Poistná doba _____ r. _____ €
<input type="checkbox"/> Trvalých následkov úrazu (TNUD)	_____ €
<input type="checkbox"/> Trvalých následkov úrazu s progresívnym plnením (TNPĐ)	_____ €

* **Politicky exponovanou osobou** je osoba v zmysle definície zákona č. 297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu a o zmena a doplnení niektorých zákonov v platnom znení uvedenej na webovom sídle Poistovne v sekcii slovník pojmov.

Poistná suma:		
<input type="checkbox"/> „Program Vernost“ – Trvalé následky úrazu Týmto sa ruší existujúce pripoistenie trvalých následkov úrazu KOMPLET (TNUK), resp. pripoistenie trvalých následkov úrazu s progresívnym plnením KOMPLET (TNPK) v aktuálnej výške poistnej sumy a zároveň sa dojednáva:		
<input type="checkbox"/> Doplnkové poistenie trvalých následkov úrazu (TNUDS)	_____	€
<input type="checkbox"/> Doplnkové poistenie trvalých následkov s progresívnym plnením (TNPDS)	_____	€
Ak nie je vyplnená poistná suma, má sa za to, že poistná suma pre nové doplnkové poistenie zostáva rovnaká ako bola pre pôvodné pripoistenie.		
Poistná suma pre nové doplnkové poistenie musí byť rovnaká alebo nižšia ako bola poistná suma pre pôvodné pripoistenie. V prípade, že Poistník má záujem o vyššiu poistnú sumu, je nutné na navýšený rozdiel dojednať TNUD alebo TNPD.		
<input type="checkbox"/> Doby nevyhnutnej liečby úrazu (DLU17)	_____	€
<input type="checkbox"/> Doby nevyhnutnej liečby úrazu PLUS (DLUD17)	_____	€
<input type="checkbox"/> Operácie v dôsledku choroby (OCH)	_____	€
<input type="checkbox"/> Najčastejších závažných chorôb (ZCH 4)	_____	€
<input type="checkbox"/> Následkov závažných chorôb alebo úrazov (ZCHN) Iba kód C, D (len ak je dohodnuté ZCH 4)	_____	€
		Poistná suma pre ZCH4 je zároveň spoločnou poistnou sumou pre ZCHN.
<input type="checkbox"/> „Program Vernost“ – Závažné choroby Týmto sa ruší existujúce pripoistenie pre prípad ochorenia na kritickú chorobu (KCH), resp. pripoistenie/doplnkové poistenie závažných chorôb (ZCH/ZCH II) a automaticky sa ruší aj pripoistenie/doplnkové poistenie závažných chorôb pre mužov (ZCHM) alebo pripoistenie/doplnkové poistenie závažných chorôb pre ženy (ZCHŽ), ak sú dojednané v poistnej zmluve, v aktuálnej výške poistnej sumy a zároveň sa dojednáva:		
Doplnkové poistenie najčastejších závažných chorôb (ZCH4S) a súčasne		_____
Doplnkové poistenie následkov závažných chorôb alebo úrazov (ZCHNS)		_____
Ak nie je vyplnená poistná suma, má sa za to, že poistná suma pre nové doplnkové poistenie zostáva rovnaká ako bola pre pôvodné pripoistenie. Poistná suma pre nové doplnkové poistenie musí byť rovnaká alebo nižšia ako bola poistná suma pre pôvodné pripoistenie/doplnkové poistenie. Poistná suma pre ZCH4S je zároveň spoločnou poistnou sumou pre ZCHNS. V prípade, že Poistník má záujem o vyššiu poistnú sumu, je nutné na navýšený rozdiel dojednať ZCH4 alebo aj ZCHN.		
<input type="checkbox"/> Závažných chorôb II. (ZCH II.) so stúpajúcim poistným	_____	€
<input type="checkbox"/> Závažných chorôb pre ženy (ZCHŽ) Iba kód C, D (len ak je dohodnuté ZCH/ZCH II.)	_____	€
		Poistná suma pre ZCHŽ je čiastka zodpovedná 20 % poistnej sumy ZCH alebo ZCH II.
<input type="checkbox"/> Závažných chorôb pre mužov (ZCHM) Iba kód C, D (len ak je dohodnuté ZCH/ZCH II.)	_____	€
		Poistná suma pre ZCHM je čiastka zodpovedná 20 % poistnej sumy ZCH alebo ZCH II.
<input type="checkbox"/> Hospitalizácie (HOSPK)	_____	€
<input type="checkbox"/> Práceschopnosti (PPNK17) od	<input type="checkbox"/> 28. dňa (strednodobá) <input type="checkbox"/> SZČO nemocensky poistená <input type="checkbox"/> 56. dňa (dlhodobá) <input type="checkbox"/> Zamestnanec	_____
		(POZOR! Pre SZČO bez nemocenského poistenia nie je možné dojednať PPNK17)
<input type="checkbox"/> Závažných chorôb pre deti (ZCHD)	_____	€
4. PRIPOISTENIA/DOPLNKOVÉ POISTENIA, NEVYMENOVANÉ v časti 3.		
<input type="checkbox"/>	_____	€
<input type="checkbox"/>	_____	€
<input type="checkbox"/>	_____	€
V prípade kódu A pre pripoistenia DO, DOK, DDU, DLUK, DLUD, DLU, PPNK vyplňte príjem v tabuľke uvedenej nižšie. V prípade SZČO alebo právnickej osoby vyplňte príjem v prvom stĺpci.		
Čistý príjem pre určenie poistnej sumy: (Hodnotu príjmu je potrebné prepočítať na 1 kalendárny mesiac)		
Zamestnanec	Príjem _____ €	Priemer príjmu za posledných 12 mesiacov
SZČO	DLU17, DLUD17, PPNK17 _____ €	IRV41, IRV71 _____ € IJV, IUK41, IUK71 _____ €
s.r.o, a.s. a iná PO	DLU17, DLUD17, PPNK17 _____ €	IRV41, IRV71 _____ € IJV, IUK41, IUK71 _____ €
Za účelom krytia úveru (VYPLŇTE pre IUK 41, IUK71): výška úveru _____ €		
<input type="checkbox"/> Zrušenie všetkých doplnkových poistení/pripoistení na poistnej zmluve		

Zmena extrapoistného: zvýšenie zníženie Požadované extrapoistné: _____ €

Poistník podpísaním tejto Žiadosti vyhlasuje a berie na vedomie, že extrapoistné je neoddeliteľnou súčasťou bežného poistného. Na extrapoistné sa vzťahuje poplatková štruktúra (vrátane počiatočného poplatku) z poistnej zmluvy podľa platných poistných podmienok. V prípade poistnej udalosti z doplnkového poistenia oslobodenia od platenia poistného nie je extrapoistné súčasťou poistného plnenia a zároveň povinnosť poistníka platiť extrapoistné na seba poistovnía nepreberá. Uvedené v predchádzajúcej vete je súčasťou Osobitných poistných podmienok pre Doplnkové poistenie/Pripoistenie oslobodenia od platenia poistného.

5. ZMENA V HLAVNOM POISTENÍ (V prípade voľby „zvýšenie“ je povinné VŽDY vyplniť ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK)

Zmena garantovanej poistnej sumy/cielovej hodnoty osobného konta: zvýšenie zníženie Nová poistná suma / cieľová hodnota osobného konta _____ €

Zmena mesačného poistného za hlavné krytie: zvýšenie zníženie Nové mesačné poistné za hlavné krytie _____ €

6. ZMENY TÝKAJÚCE SA PLATENIA POISTNÉHO

Zmena spôsobu platenia poistného na: peňažným poukazom bankovým prevodom

Zmena frekvencie platenia poistného na: ročná polročná štvrtročná mesačná

Na výpočet poistného za nové doplnkové poistenia je použitý aktuálne platný sadzobník a pre zvýšenie/zníženie poistných súm doplnkového poistenia (pripoistenia) je použitý platný sadzobník k danému doplnkovému poisteniu (pripoisteniu).

SUMARIZÁCIA

nové

Celkové mesačné poistné za hlavné krytie a doplnkové poistenia: _____ €

Požadované frekvenčné poistné: _____ €

7. Aegon beneFIT (Nie je možné dojednať k detskému životnému poisteniu Juventus a Štart)

Poistník a Poistený: **Mám záujem o bonusové poistné krytie Aegon beneFIT (žiadost' v zmysle ustanovenia bodu 3.4 Osobitných poistných podmienok poistného krytia Aegon beneFIT)**

8. ZMENA OPRÁVNENÝCH OSÔB

Zadaním oprávnených osôb a podielu na plnení sa automaticky ruší pôvodné nastavenie oprávnených osôb a podielu na plnení.

určené podľa Občianskeho zákonníka (pokiaľ nie sú stanovené oprávnené osoby)

určujem nasledovne:

Meno a priezvisko / Obchodné meno alebo názov právnickej osoby	Rodné číslo / IČO	Podiel na plnení
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %

Oprávnené osoby z Doplnkového poistenia úmrtia s dočasnou rentovou výplatom (URV) - ak majú byť iné ako pre ostatné krytia úmrtia

_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %

9. PRIPOISTENÉ DETI

Meno a priezvisko dieťa	Muž <input type="checkbox"/>	Žena <input type="checkbox"/>	Rodné číslo	Športová činnosť/volno-časová aktivita	profesionálne <input type="checkbox"/>	amatérsky <input type="checkbox"/>	rekreačne <input type="checkbox"/>
1. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu (TNUD) s poistnou sumou	_____ €	_____ €	_____ €
<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu s progresívnym poistným plnením (TNPD) s poistnou sumou	_____ €	_____ €	_____ €
<input type="checkbox"/> Doba nevyhnutnej liečby úrazu PLUS (DLUD17) s poistnou sumou	_____ €	_____ €	_____ €
<input type="checkbox"/> Závažné choroby pre deti (ZCHD) s poistnou sumou	_____ €	_____ €	_____ €

10. ÚČINNOSŤ ZMENY

Zmeny týkajúce sa poistenia, sa vykonávajú do 30 dní odo dňa doručenia Žiadosti. Po realizácii zmeny klient obdrží informáciu o zmene na poistnej zmluve spolu s dátumom jej účinnosti.

Zmeny, ktoré nadobúdajú účinnosť dňom akceptácie Žiadosti Poistovníou: zmena oprávnených osôb,

Zmeny, ktoré sú účinné k najbližšiemu nasledujúcemu dátumu splatnosti poistného po akceptácii Žiadosti Poistovníou: dojednanie/zrušenie doplnkového poistenia (pripoistenia), zvýšenie/zníženie poistného, zmena frekvencie platenia, pridanie poistených osôb, zmena spôsobu platenia, dojednanie poistného krytia Aegon beneFIT, Program Vernosť.

vyhlášení a potvrdenia poistníka a poisteného

Poistník a Poistený svojim podpisom vyhlasujú, že sa oboznámili a súhlasia s Vyhláseniami a súhlasmi poistníka a poisteného, ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou tejto Žiadosti a sú uvedené na strane 5 až 7 tejto Žiadosti. Poistník potvrdzuje, že v prípade dojednaní doplnkového poistenia ako aj dojednaní poistného krytia Aegon beneFIT sa oboznámil s poistnými podmienkami platnými pre dojednané doplnkové poistenie, resp. poistné krytie Aegon beneFIT, ktoré mu boli buď doručené na jeho mailovú adresu, alebo mu boli odovzdané zo strany Poistovňou splnomocnenej osoby.

„Program Vernosť“

Poistník a Poistený potvrdzujú, že sa oboznámili so Špeciálnymi podmienkami pre program Vernosť uvedenými na poslednej strane tejto Žiadosti. Poistník súhlasí s tým, že pre účely zachovania pôvodného celkového poistného bude prípadný rozdiel medzi pôvodným celkovým poistným a nižším novým celkovým poistným použitý nasledovne:

V produktoch rizikového životného poistenia s voliteľným investovaním do fondov bude v závislosti od výšky tohto rozdielu navýšená garantovaná poistná suma.

V produktoch životného poistenia s investovaním do fondov vzniknutý rozdiel navýši poistné za Hlavné poistenie.

V produktoch detského životného poistenia s investovaním do fondov a v produktoch Garant, Global a Partner bude tento rozdiel považovaný za extrapoistné, ktoré bude umiestňované do osobného konta.

V _____ Dňa _____

Podpis (podľa podpisového vzoru)

Totožnosť overená podľa (typ, číslo dokladu)

Štát vydania

Poistník _____

Poistený _____

Zákonný zástupca poisteného dieťaťa _____

Vzťah zákonného zástupcu k poistenému dieťaťu _____ Meno a priezvisko zákonného zástupcu poisteného dieťaťa _____

Adresa trvalého bydliska zákonného zástupcu (ulica, číslo, mesto, štát, príp. P.O.BOX) _____

Poistovňou splnomocnená osoba (finančný agent):

Podpis

Meno a priezvisko/Obchodné meno

SP číslo finančného agenta

Email

Mobilné telefónne číslo

VYHLÁSENIA A SÚHLASY POISTNÍKA A POISTENÉHO

A. FINANČNÉ FONDY

S investovaním do Finančných fondov je spojená rôzna miera investičného rizika, ktorá závisí od zvolenej investičnej stratégie jednotlivých Finančných fondov. Poistovnía neposkytuje žiadne záruky, hodnota investovaných prostriedkov môže rásť ale aj klesať, a nie je zaručená návratnosť investovanej sumy. Doterajší alebo propagovaný výnos Finančného fondu nie je zárukou jeho budúceho výnosu. Poistník má právo na zmenu investičnej stratégie kedykoľvek počas poistnej doby Hlavného poistenia. O túto zmenu musí poistník požiadať Poistovníu písomne. Odo dňa akceptácie zmeny Poistovníou budú podielové jednotky Finančných fondov pripisované na osobné konto podľa novej investičnej stratégie a/alebo hodnota osobného konta podľa pôvodnej investičnej stratégie bude prevedená do Finančných fondov podľa novej investičnej stratégie. Poistovnía má právo odmietnuť požadovanú zmenu investičnej stratégie, ak disponibilná hodnota osobného konta je menšia ako dvojnásobok poplatku za zmenu investičnej stratégie.

B. ZMENA A DOPLNENIE OSOBNÝCH POISTNÝCH PODMIENOK PRE INVESTIČNÉ POISTENIE

a) Poistovnía má právo z objektívnych dôvodov vytvoriť nové Finančné fondy, zmeniť zloženie existujúcich Finančných fondov alebo zrušiť existujúce Finančné fondy. Zmenu povolenej triedy (druhu) podkladových aktív Finančných fondov a zrušenie existujúcich Finančných fondov uskutoční Poistovnía z vážneho objektívneho dôvodu, ktorý Poistovnía nezapríčinila alebo nemohla predvídať a ani odvrátiť. Poistovnía informuje účastníkov poistenia o zrušení Finančných fondov vopred zverejnením a písomným oznámením adresovaným poistníkovi. Ak poistník v lehote určenej Poistovníou písomne nepožiadá Poistovníu o prevedenie Podielových jednotiek Finančného fondu, ktorý sa má zrušiť, do iného Finančného fondu určeného poistníkom, Poistovnía auto-

- matically ku dňu zrušenia Finančného fondu prevedie bezplatne Podielové jednotky zrušovaného Finančného fondu na Podielové jednotky iného, rizikovým profilom obdobného Finančného fondu z aktuálnej ponuky Finančných fondov Poistovne.
- b) V prípade, ak Poistovnía kedykoľvek počas trvania poistenia zistí, že poistník je Obmedzeným investorom, Poistovnía má právo:
- navrhnuť úpravu ponuky Finančných fondov pre poistníka na Finančné fondy, ktorých predajné podmienky podkladových aktív neobsahujú obmedzenia alebo výluky vo vzťahu k poistníkovi,
 - navrhnuť poistníkovi zmenu Finančných fondov, ktorých predajné podmienky podkladových aktív neobsahujú obmedzenia alebo výluky vo vzťahu k poistníkovi,
 - navrhnuť poistníkovi uzatvorenie dohody o ukončení poistnej zmluvy,
 - navrhnuť poistníkovi uzatvorenie dohody o zrušení osobného konta poistnej zmluvy, ak to povaha poistného produktu umožňuje.
- c) Ak poistník, ktorý je Obmedzeným investorom, so žiadnym z návrhov podľa bodu b) tohto písma nesúhlasí, príp. naň nezačína najneskôr do 30 dní odo dňa doručenia návrhu Poistovne, poistník a Poistovnía sa dohodli, že poistenie zaniká ku dňu, kedy sa stal poistník Obmedzeným investorom.
- d) V prípade, že poistník uzatvorí s Poistovníou dohodu o zrušení osobného konta, ohľadne zvyšnej časti poistnej zmluvy má poistník právo odstúpiť najneskôr v lehote 30 dní odo dňa uzatvorenia dohody o zrušení osobného konta, čím sa poistná zmluva zrušuje od počiatku. Poistovnía po odstúpení od poistnej zmluvy vráti poistníkovi zaplatené poistné, pričom má právo si od zaplateného poistného odpočítať, čo už plnila poistníkovi/poistenému, ako aj náklady súvisiace so správou poistnej zmluvy poistníka. Právo na náhradu škody Poistovne týmto nie je dotknuté.

ŠPECIÁLNE PODMIENKY PRE PROGRAM VERNOSŤ

Doplnkové poistenie ZCH4S a doplnkové poistenie ZCHNS
Pre doplnkové poistenie ZCH4S platia Osobitné poistné podmienky doplnkového poistenia najčastejších závažných chorôb (OPP ZCH4) a pre doplnkové poistenie ZCHNS platia Osobitné poistné podmienky pre doplnkové poistenie následkov závažných chorôb alebo úrazov (OPP ZCHN) v znení týchto Špeciálnych podmienok:

Odchylné od OPP ZCH4 a OPP ZCHN platia tieto Špeciálne podmienky pre doplnkové poistenie ZCH4S a doplnkové poistenie ZCHNS:

- Výmena existujúceho pripoistenia/doplnkového poistenia za nové doplnkové poistenie ZCH4S a/alebo ZCHNS môže byť realizovaná za splnenia podmienky **uplynutia čakacej doby**, platnej pre rušené pripoistenie/doplnkové poistenie.
- Pokiaľ bola nahlásená poistná udalosť z doplnkového poistenia/pripoistenia, ktoré má byť zrušené, nie je možná výmena za nové doplnkové poistenie závažných chorôb.
- Pre nové doplnkové poistenie ZCH4S a ZCHNS sa ustanovenia OPP o čakacej dobe neaplikujú v prípade, že ide o prekrývajúce sa poistné udalosti. **Prekrývajúce poistné udalosti sú také**, ktoré sú definované ako poistná udalosť v zmysle osobitných poistných podmienok zrušeného doplnkového poistenia/pripoistenia

(KCH, ZCH, ZCH II, ZCHM, ZCHŽ) daného Poisteného v zmysle tejto Žiadosti **a zároveň sú tiež** definované ako poistná udalosť v novom doplnkovom poistení poisteného v zmysle OPP ZCH4 alebo OPP ZCHN.

- V prípade, ak nastane poistná udalosť z prekrývajúcej sa poistnej udalosti, pre posudzovanie zdravotného stavu je rozhodný zdravotný stav Poisteného v čase uzatvorenia zrušeného doplnkového poistenia/pripoistenia (KCH, ZCH, ZCHII, ZCHM, ZCHŽ).

Doplnkové poistenie TNUDS a doplnkové poistenie TNPDS
Pre doplnkové poistenie TNUDS platia Osobitné poistné podmienky pre doplnkové poistenie trvalých následkov úrazu (OPP TNUD) a pre doplnkové poistenie TNPDS platia Osobitné poistné podmienky pre doplnkové poistenie trvalých následkov úrazu s progresívnym plnením (OPP TNP) v znení týchto Špeciálnych podmienok:

- Pokiaľ bola nahlásená poistná udalosť z pripoistenia, ktoré má byť zrušené, nie je možná výmena za nové doplnkové poistenie trvalých následkov úrazu.
- V prípade, ak nastane poistná udalosť, pre posudzovanie zdravotného stavu je rozhodný zdravotný stav Poisteného v čase uzatvorenia zrušeného pripoistenia (TNUK, TNP).

VYSVETLIVKY

Obmedzený investor

Poistník, ktorému sa počas trvania poistenia vyskytne/vznikne väzba na Spojené štáty americké, Spojené kráľovstvo Veľkej Británie a Severného Írska, Singapurskú republiku alebo Kanadu, prípadne, ak poistník začne spĺňať niektoré z iných výluk a obmedzení v zmysle

podmienok predaja podielových listov alebo cenných papierov zahraničných subjektov kolektívneho investovania, ktoré tvoria podkladové aktíva finančného fondu, do ktorého poistník umiestňuje poistné alebo jeho časť.