VICTORIA VOLKSBANKEN POJIŠŤOVNA, A.S.

Návrh na důchodové a úrazové pojištění

Č. OZ | Č. ZP

Pojistitel: VICTORIA VOLKSBANKEN pojišťovna a.s., Francouzská 28, 120 00 Praha 2, IČ 61858714, B.2740 vedená u rejstříkového soudu v Praze

Všeobecné údaje — Navrhovatel / osoba A

Jméno | Titul

Příjmení

Datum narození | ☐ Muž ☐ Žena | Rodné číslo (popř. IČ)

Ulice a číslo domu

PSČ | Obec

Zaměstnavatel

Druh činnosti / pracovní náplň, vrcholový sport

Státní příslušnost | Telefon

Osoba B (i dítě)

Jméno | Titul

Příjmení | Status

Datum narození | ☐ Muž ☐ Žena | Rodné číslo

Státní příslušnost | Druh činnosti / pracovní náplň, vrcholový sport

Osoba C (i dítě)

Status 1 = manžel, 2 = manželka, 3 = syn, 4 = dcera, 5 = druh, 6 = družka, 7 = matka, 8 = otec, 9 = vnuk, vnučka

Jméno | Titul

Příjmení | Status

Datum narození | ☐ Muž ☐ Žena | Rodné číslo

Státní příslušnost | Druh činnosti / pracovní náplň, vrcholový sport

V případě potřeby rozšíření vypište na přílohu k návrhu.

OPO 118 01. 09

A member of the ERGO Insurance Group.

Tarifní údaje pro osobu ☐

Důchodové pojištění pro případ dožití s doživotní výplatou důchodu

Tarif	Vstupní věk	Doba trvání smlouvy	Garantovaná doba důchodu 10 let
CAF	let	let	

Počátek smlouvy 0 1 | Počátek výplaty 0 1 | Konec platby pojistného [1] 0 1

Způsob přidělování zisku: doplňkový důchod | Automatická indexace 5 % ☐ ano [2]

Počátek smlouvy je platný i pro výplaty a všechna připojištěná rizika

Smluvní měsíční výplata v Kč	Kapitálová výplata	Tarifní pojistné v Kč

Povinná rizika — **Partnerem se rozumí manžel/manželka, druh/družka**

Úrazové pojištění s progresí pro osoby ☐	Pojistné částky	Roční pojistné dospělí ☐ ano	Roční pojistné s partnerem ☐ ano	Roční pojistné dítě ☐ ano Počet
Trvalé následky v případě invalidity	500.000	1.210,- *	1.816,- *	485,- *
Plná invalidita	2.000.000	0,-	0,-	0,-
Smrt úrazem	100.000	185,- *	278,- *	85,- *

Volitelná rizika v kombinaci s povinnými riziky

DOPN/ZOT dospělí DOPN/ZOT děti	200/200 100/100	478,- ☐ ano *	718,- ☐ ano *	161,- ☐ ano *
Kosmetické operace	20.000	75,- ☐ ano *	114,- ☐ ano *	75,- ☐ ano *
Bolestné	18.000 ☐ ano	850,- ☐ ano *	1 276,- ☐ ano *	600,- ☐ ano *

Volitelné riziko, možno uzavřít samostatně

Úrazový měsíční důchod		☐ ano *	☐ ano *	☐ ano *

* Vyplňte vypočítané pojistné dle způsobu platby | Pojistné celkem

Platební údaje

Zvolený způsob platby

☐ měsíčně ☐ čtvrtletně ☐ pololetně ☐ ročně ☐ jednorázově

Celkové pojistné dle zvoleného způsobu platby

[1]) **Pojistná ochrana končí pro pojištění CAF15 ke dni určeném jako počátek výplaty, pojistná ochrana pro všechna připojištění sjednaná v této smlouvě a pro pojištění úrazu končí dnem konce platby pojistného. Po dobu od konce platby pojistného do dne určeném jako počátek výplaty netrvá povinnost platit pojistné a není dáno právo na plnění z pojistné události.**

[2]) **Smluvní ujednání od ust. čl. 6 odst. 2 všeobecných pojistných podmínek pro důchodové pojištění a odchylně od ust. čl. 14 odst. 2 všeobecných pojistných podmínek pro úrazové pojištění se touto pojistnou smlouvou sjednává, že při automatické indexaci dojde ke zvýšení o min. 5 %.**

Plátce pojistného Je-li odlišný od navrhovatele / pojistníka

Název firmy / jméno | Rodné číslo (popř. IČ)

Ulice a číslo domu

PSČ | Obec

Forma platby (účet pojistitele: 4010032987/6800)

Pro následné pojistné zvolte jeden ze způsobů:

☐ platba SIPO

Prohlašuji závazně, že souhlasím s prováděním platby přes uvedené SIPO.

☐ trvalý příkaz z účtu ☐ inkaso z účtu (přiložte svolení)

předčíslí | číslo účtu | kód banky

☐ poštovní poukázka

Vzájemná práva a povinnosti se řídí podle návrhu smlouvy, tarifních ustanovení, všeobecných pojistných podmínek pro případ smrti a dožití včetně zvláštních pojistných podmínek pro rizikové pojištění a zvláštních pojistných podmínek pro úrazové pojištění pro případ úmrtí a všeobecných pojistných podmínek úrazového pojištění.
Beru na vědomí, že obě smluvní strany mohou bez udání zvláštního důvodu smlouvu během 2 měsíců po jejím uzavření vypovědět. Výpovědní lhůta je 8 dnů. Pojistitel má právo na podíl pojistného, který je úměrný délce trvání pojištění.
Popis pojistného krytí je uveden na zadní straně tiskopisu. Pojistník a pojišťované osoby údaje uvedené na zadní straně tohoto návrhu četli a souhlasí s nimi.
Ve smyslu § 6 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě je navržena dvouměsíční lhůta na akceptaci návrhu. Dále beru na vědomí, že případná odchylka na pojistném v akceptovaném návrhu na pojištění (pojistka) oproti výši pojistného uvedeném v návrhu na uzavření pojištění, vzniklá v důsledku zaokrouhlení pojistného (max. do 20 Kč) nebude považována za proti návrh, ale za platnou akceptaci návrhu.
Svým podpisem stvrzuji, že nedílnou součástí tohoto návrhu je zproštění povinnosti mlčenlivosti uvedené na zadní straně návrhu, a že jsem převzal informace ve smyslu § 65 a 66 zák. 37/2004 Sb., o poj. smlouvě a o změně zákonů souvisejících v platném znění.
Jako pojistník/pojištěný jsem srozuměn(a) a souhlasím se shora uvedenými pojistnými podmínkami, všeobecnými pokyny, doložkou o ochraně a předání osobních dat, prohlášením navrhovatele, poučením o právech subjektů v oblasti ochrany osobních údajů a tímto závěrečným prohlášením.

Oprávněné osoby / obmyšlený *

* V případě, že je oprávněným třetí osoba a uvede r. č., je nutný podpis souhlasu dle zák. č. 101/2000 Sb.
**Neuvádí se pro úrazové pojištění.

V případě úmrtí | Jméno | Rodné číslo / IČ

Příjmení

V případě dožití ** | Jméno | Rodné číslo / IČ

Příjmení

Identifikace ověřena dle OP nebo / pasu č. / vydán / platnost do

Podpisy

Kontrola návrhu	Navrhovatel/ka / pojistník	Pojišťovaná osoba ..... u nezletilých zákonný zástupce	Zprostředkovatel / zástupce který provedl identifikaci
Datum	Popis zde uvedené osoby je souhlasem ke zpracování údajů dle z. č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů. ☐ souhlasím ☐ nesouhlasím		Podpis oprávněné / obmyšlené osoby

Veškeré změny pojistné smlouvy nutno činit písemně na adresu pojistitele.