



# dodatočné otázky k rezidenčným rizikám **A7**

k návrhu zmluvy / poistnej zmluve

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Poistník  Poistený

## Poistník / Poistený

Priezvisko	Meno	Dátum narodenia																		
------------	------	-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## Všeobecné

Máte trvalý pobyt na území SR? <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	Pokiaľ nie, uveďte miesto trvalého pobytu v zahraničí
Budete pri plnení svojich pracovných povinností cestovať v rámci územia SR? <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	Pokiaľ áno, akú časť pracovnej cesty strávite v dopravných prostriedkoch? <input type="checkbox"/> Do 33 % <input type="checkbox"/> Viac ako 33 %
Uveďte, prosím, podrobný popis vašich pracovných povinností	

## Zahraničné pracovné pobyty / Služobné cesty

Budete pri plnení svojich pracovných povinností pracovať v zahraničí alebo cestovať do zahraničia? <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie				
Ak áno, uveďte detaily:				
Miesto pobytu	Predpokladaná doba pobytu (počet dní / rokov)			
<input type="checkbox"/> Štáty EÚ / EZVO <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/> Do 40 dní	<input type="checkbox"/> 41 dní - 6 mesiacov	<input type="checkbox"/> 7 - 12 mesiacov	<input type="checkbox"/> Viac ako 12 mesiacov
<input type="checkbox"/> USA, Kanada, Austrália	<input type="checkbox"/> Do 40 dní	<input type="checkbox"/> 41 dní - 6 mesiacov	<input type="checkbox"/> 7 - 12 mesiacov	<input type="checkbox"/> Viac ako 12 mesiacov
<input type="checkbox"/> Ostatné	<input type="checkbox"/> Do 40 dní	<input type="checkbox"/> 41 dní - 6 mesiacov	<input type="checkbox"/> 7 - 12 mesiacov	<input type="checkbox"/> Viac ako 12 mesiacov
Aký dopravný prostriedok budete používať na prepravu do cudziny?				
Presný popis pracovnej činnosti v zahraničí				
Názov zamestnávateľa v zahraničí				
Sídlo zamestnávateľa (krajina, mesto / popis miesta)				

## Ostatné cesty do zahraničia

Máte v úmysle vycestovať v nasledujúcich dvoch rokoch mimo územia SR na dobu dlhšiu ako 40 dní? <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie		
Pokiaľ áno, uveďte detaily:		
Krajina	Miesto pobytu	Predpokladaná doba pobytu

## Zdravotná starostlivosť

Máte v zahraničí zabezpečenú zdravotnú starostlivosť? <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	
Ak áno, kde?	
V ktorom zariadení?	V akej vzdialenosti?

<sup>1)</sup> Členovia EÚ sú: Belgicko, Bulharsko, Cyprus, Česká republika, Dánsko, Estónsko, Fínsko, Francúzsko, Grécko, Holandsko, Írsko, Litva, Lotyšsko, Luxembursko, Maďarsko, Malta, Nemecko, Poľsko, Portugalsko, Rakúsko, Rumunsko, Slovensko, Slovinsko, Spojené kráľovstvo Veľkej Británie a Severného Írska, Španielsko, Švédsko, Taliansko. Členskými štátmi EZVO (Európske združenie voľného obchodu) sú okrem štátov EÚ tiež štáty Island, Lichtenštajnsko, Nórsko, Švajčiarsko.



## Príloha

Uved'te prípadne ďalšie informácie, ktoré sú podstatné pre odhad veľkosti rizík súvisiacich s pobytom v zahraničí

## Zmeny údajov

Očakávate, alebo plánujete do budúcnosti nejaké zmeny, ktoré znížia alebo zvýšia riziko súvisiace s pobytom v zahraničí? Ak áno, uved'te, prosím, podrobnosti

## Prehlásenie

Potvrdzujem, že som prečítal(a) a rozumel(a) všetkým otázkam a že mnou uvedené údaje sú pravdivé a úplné. Som si vedomý(á) toho, že uvedenie nepravdivých alebo neúplných údajov môže mať vplyv na povinnosť poisťovateľa poskytnúť poisťné plnenie a poisťovateľ by mohol od poisťnej zmluvy odstúpiť. Odstúpením od poisťnej zmluvy sa zmluva od začiatku ruší.

## Prílohy

Počet príloh

--	--	--	--

## Podpisy

Dátum podpisu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Miesto

Podpis poisťníka

Podpis poisteného

## Kontrolu vykonal

Zástupca poisťovateľa číslo  
(na základe splnomocnenia)

Dátum podpisu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Miesto

Podpis zástupcu poisťovateľa

Telefón: