

SÚHLAS KLIENTA SO ZARADENÍM MEDZI POISTENÉ OSOBY POISTENIA SCHOPNOSTI SPLÁČAŤ ÚVER (SVUBKK2019.1) (ďalej tiež „súhlas klienta s poistením“)

Informácie o klientovi (držiteľovi hlavnej karty):

Titul, meno, priezvisko: _____

Rodné číslo: _____

Zvolením si jedného zo súborov poistenia uvedeného nižšie, súhlasím, aby ma VÚB (ďalej tiež „poistník“ alebo „banka“) zahrnula medzi poistené osoby v zmysle Rámcovej zmluvy o poistení schopnosti splácať úver (RZ SSUVUBKK 2015.1) a jej dodatkov (ďalej tiež „rámcová zmluva“ alebo „RZ“) uzavretej medzi VÚB a Generali Poist'ovňa, a. s., Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 35709332, zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č.: 1325/B, spoločnosť patrí do skupiny Generali, ktorá je uvedená v talianskom zozname skupín poisťovní vedeným IVASS (ďalej tiež „poisťovateľ“).

Prehlasujem, že som sa oboznámil a súhlasím s rámcovou zmluvou (ktorej elektronická verzia je pre potreby môjho prípadného opätovného nahliadnutia do nej umiestnená na internetovej stránke www.vub.sk, resp. www.generali.sk), a že som sa oboznámil a pred uzavretím úverovej zmluvy mi boli odovzdané Všeobecné poisťné podmienky pre poistenie schopnosti splácať úver (ďalej tiež „VPP“) (ktorých elektronickú verziu mám k dispozícii aj na internetovej stránke www.vub.sk, resp. www.generali.sk). Prehlasujem, že mi boli oznámené informácie podľa § 792a Občianskeho zákonníka. Beriem na vedomie, že poisťovateľ je oprávnený spracúvať osobné údaje dotknutých osôb vrátane informácií o zdravotnom stave v zmysle zákona o poisťovníctve v platnom znení. Všeobecné informácie o spracúvaní osobných údajov poisťovateľom sú v Informáciách o spracúvaní osobných údajov, ktoré sú súčasťou zmluvnej dokumentácie. Podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov, s ktorými som sa oboznámil pred vyjadrením tohto súhlasu, sú uvedené na webovom sídle poisťovateľa: www.generali.sk a pobočkách poisťovateľa.

Ďalej vyslovujem svoj súhlas, aby banka bola osobou oprávnenou k prevzatíu poisťného plnenia v mojom mene.

Vo vzťahu k nižšie uvedeným podmienkam poistenia mám záujem o (zvolené poistenie vyznačte krížikom):

- A „Základný súbor“** (poistenie pre prípad smrti, invalidity v rozsahu nad 70% a práceneschopnosti) – sadzba za poistenie za každé poisťné obdobie tvorí 0,399 % z aktuálneho dlžného zostatku úveru podľa tejto Zmluvy.
- B „Komplexný súbor“** (poistenie pre prípad smrti, invalidity v rozsahu nad 70%, práceneschopnosti a straty zamestnania) – sadzba za poistenie za každé poisťné obdobie tvorí 0,882 % z aktuálneho dlžného zostatku úveru podľa tejto Zmluvy.

1. Vo vzťahu k mnou požadovanému poisteniu vyhlasujem, že ku dňu začiatku poistenia:

a) som ešte nedovršil/a vek 65 rokov

- áno nie neviem posúdiť

a zároveň:

b) netrpím žiadnou fyzickou, nervovou alebo duševnou chorobou/poruchou, z ktorej nie som úplne vyliečený/á, nie je mi diagnostikované onkologické ochorenie, resp. od ukončenia liečby uplynulo aspoň 5 rokov, nie som dočasne práceneschopný/á, netrpím vírusom HIV ani ochorením AIDS, nie som osoba závislá od alkoholu alebo iných návykových a omamných látok, neprekonal som cievnu mozgovú príhodu, netrpím a/alebo mi nebolo diagnostikované niektoré zo srdcovo-cievnych ochorení alebo iných závažných ochorení (napr. ischemické ochorenie mozgu a/alebo srdca, vysoký krvný tlak, hepatitída, cirhóza pečene, diabetes,

chronické ochorenie obličiek, chronické ochorenie dýchacieho systému), ktoré vyžadujú pravidelné kontroly a pravidelnú medikáciu odborných lekárov,

- áno nie neviem posúdiť

c) nebol mi priznaný a v minulosti som nepoberal či už čiastočný alebo plný invalidný dôchodok ani som oň nepožiadal, nepoberám starobný dôchodok;

- áno nie neviem posúdiť

d) **v prípade poistenia straty zamestnania:** mám pracovný pomer, štátnozamestnanecký pomer, služobný pomer alebo obdobný pracovnoprávny vzťah (ďalej tiež „pracovný pomer“) na dobu neurčitú, nie som v skúšobnej dobe, nedal/a som a ani mi nebola daná výpoveď z pracovného pomeru, resp. odvolanie, nebola mi doručená od zamestnávateľa a ani som nezaslal/a zamestnávateľovi návrh na skončenie pracovného pomeru dohodou, nie je so mnou riešené ukončenie pracovného pomeru z dôvodu porušenia pracovnej disciplíny podľa príslušných ustanovení Zákonníka práce, nepatrím podľa svojho vedomia medzi okruh zamestnancov, s ktorými by mohol byť v dobe nasledujúcich 12 mesiacov rozviazaný pracovný pomer z dôvodov uvedených v § 63 ods. 1 písm. a) a b) Zákonníka práce (najmä v dôsledku organizačných zmien zamestnávateľa, znižovania počtu zamestnancov a pod.).

- áno nie neviem posúdiť

2. Som si vedomý, že jednotlivé vyjadrenia ohľadom môjho zdravotného stavu, resp. zamestnania v rámci vyššie uvedeného vyhlásenia sa považujú za odpovede na písomné otázky poisťovateľa podľa § 793 Občianskeho zákonníka. Taktiež som si vedomý, že v prípade, ak sa niektoré z mojich vyššie uvedených vyjadrení nezakladá na pravde, môže poisťovateľ odstúpiť od poistenia alebo odmietnuť plnenie v súlade s § 802 Občianskeho zákonníka.

Uvedené v tomto Súhlase klienta s poistením potvrdzujem svojim podpisom: