

Štefánikova 17, 811 05 Bratislava

IČO: 31 595 545, DIČ: 2021097089, IČ DPH: SK7020000746
Spoločnosť je členom skupiny registrovanej pre DPH, zapísaná v Obchodnom registri
Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č. 3345/B (ďalej len „poistovňa“)

4801 4802 4805 4809

číslo návrhu
poistnej zmluvy 2802900745

ziskateľské číslo
sprostredkovateľa 303255

POISTNÍK

Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko) / Názov firmy

Muž Žena

Obec Litava

Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / Sídlo

PSČ

Mobilný telefón/Tel. kontakt

Obecný úrad, Litava 5, Litava

9 6 2 4 4

Korešpondenčná adresa (ulica, číslo domu, mesto), ak je iná, ako adresa trvalého bydliska

PSČ

Priemerný čistý mesačný príjem

Dátum narodenia

Rodné číslo / IČO

Miesto narodenia

Štátna príslušnosť

0 0 3 2 0 1 0 2

Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa)

Zamestnanie - druh, funkcia, povolanie, typ pracovnej činnosti

E-mail

POISTENÍ

menný zoznam poistených nemenované osoby

OPRÁVNENÉ OSOBY

V prípade smrti poisteného má právo na poistné plnenie (vyberte len jednu z možností 1., 2. alebo 3.)

1. zatiaľ neurčujem (osoba/osoby v zmysle § 817 Občianskeho zákonníka) 2. manžel/manželka deti rodičia
3. osoba určená menom (vypíšte podrobne nižšie) matka otec

Povinné údaje sú: priezvisko, meno a rodné číslo (alebo dátum narodenia),
resp. v prípade právnickej osoby názov, IČO (uved'te len v prípade, ak ste označili bod 3.)

% z poist. plnenia

Začiatok poistenia

Koniec poistenia

Doba poistenia

0 1 0 9 2 0 1 8

0 0 . 0 0 h

3 1 0 8 2 0 1 9

2 4 . 0 0 h

určitá

neurčitá

V prípade rizík poisteného, odlišných od rizík uvedených v tejto poist. zmluve, je poisťovateľ oprávnený zmeniť výšku poistnej sumy alebo poistného max. o 10 % podľa platných poistno-matematických zásad. V prípade neurčenia sa zachováva výška poistného.

Žiadam zachovať: (vyberte jednu z možností) výšku poistného výšku poistnej sumy

Spôsob platenia príkazom z účtu č.: IBAN

SWIFT (BIC) kód banky

poštový peňažný poukaz

inak

prevodom z účtu OPU č.:

Interval platenia (poistné obdobie)

ročne

polročne

štvrťročne

mesačne

jednorazovo

Bližšie špecifikujte udalosť a činnosti vykonávajúce počas tejto udalosti, na ktoré sa vzťahuje skupinové úrazové poistenie.

ĎALŠIE DOJEDNANIA

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť Dobrovoľný hasičský zbor obce Litava

Riziková skupina			Poistná suma	Poistné za skupinu
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Smrť následkom úrazu	SNU	3319,39 EUR	38,80 EUR
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu	TNU	3319,39 EUR	64,56 EUR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hospitalizácia následkom úrazu	UH	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	663,80 EUR	73,84 EUR
Počet osôb	<input type="checkbox"/> Iné		EUR	EUR
8				
Ročné / Jednorazové poistné za skupinu				177,20 EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina			Poistná suma	Poistné za skupinu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Smrť následkom úrazu	SNU	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu	TNU	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hospitalizácia následkom úrazu	UH	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	EUR	EUR
Počet osôb	<input type="checkbox"/> Iné		EUR	EUR
Ročné / Jednorazové poistné za skupinu				EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina			Poistná suma	Poistné za skupinu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Smrť následkom úrazu	SNU	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu	TNU	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hospitalizácia následkom úrazu	UH	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	EUR	EUR
Počet osôb	<input type="checkbox"/> Iné		EUR	EUR
Ročné / Jednorazové poistné za skupinu				EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina			Poistná suma	Poistné za skupinu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Smrť následkom úrazu	SNU	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu	TNU	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hospitalizácia následkom úrazu	UH	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	EUR	EUR
Počet osôb	<input type="checkbox"/> Iné		EUR	EUR
Ročné / Jednorazové poistné za skupinu				EUR

Ustanovenia

poisťovník a poistený prehlasujú, že všetky jeho odpovede na písomné požiadavky poisťovateľa týkajúce sa poistenia sú pravdivé, úplné a pokiaľ neboli napísané jeho rukopisom, potvrdzuje, že ich overil(a) a sú pravdivé. Poistený vyhlasuje, že súhlasí, aby poisťovateľ zisťoval a preveroval jeho zdravotný stav vo všetkých zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť a u všetkých lekárov. Tiež splnomocňuje zástupcu poisťovateľa na právne úkony súvisiace s vyhotovením lekárskeho výpisu zo zdravotnej dokumentácie alebo k ich zapožičaniu za účelom vykonania prípadných zmien zo strany poisťovateľa a tiež k posúdeniu poistnej udalosti. Zároveň zbavuje mlčanlivosti voči poisťovateľovi všetkých lekárov v otázkach súvisiacich s jeho zdravotným stavom. Kópia tohto oprávnenia má takú istú platnosť ako originál.

Poisťovník podpísaním tohto návrhu záväzne potvrdzuje, že peňažné prostriedky použité na úhradu poistného sú jeho vlastníctvom a poistnú zmluvu uzatvára na vlastný účet.

Poisťovateľ a poisťovník sa dohodli, že ak je táto poistná zmluva označená

v záhlaví ako náhrada poistnej zmluvy (poistných zmlúv), poistná zmluva (poistné zmluvy), uvedená v záhlaví ako nahradzovaná, zanikne v celom rozsahu v okamihu začiatku poistenia dohodnutého touto poistnou zmluvou. Súčasne bude nahradená touto poistnou zmluvou a podmienkami a dojednaniami, ktoré sa k nej vzťahujú.

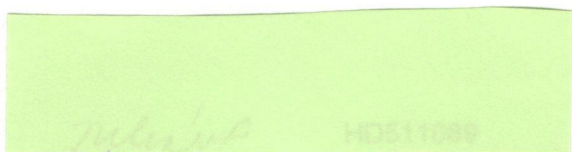
Pre potreby dojednaného poistenia sa účet uvedený v poistnej zmluve považuje za kontaktný a v prípade, že počas trvania poistného vzťahu dôjde k zmene, je poisťovník povinný túto zmenu písomne oznámiť poisťovateľovi, prípadne nahlásiť formou originálneho potvrdenia banky účet iný. V prípade zneužitia účtu alebo neoznámenia zmeny účtu nenesie poisťovateľ zodpovednosť za prípadnú vzniknutú škodu.

Pre toto poistenie platia príslušné ustanovenia Občianskeho zákonníka, Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie (VPP 1000-5), ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou poistnej zmluvy.

Každá zo zmluvných strán môže poistnú zmluvu vypovedať do 2 mesiacov od jej uzavretia, výpovedná lehota je 8 dní. Jej uplynutím poistná zmluva zanikne.

Poisťovník svojím podpisom potvrdzuje, že s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poistnej zmluvy bol písomne oboznámený s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatvárajúcej poistnej zmluvy prostredníctvom Formulára o dôležitých zmluvných podmienkach uzatvárajúcej poistnej zmluvy a Informačného dokumentu o poistnom produkte (IPID), ktoré prevzal. A zároveň potvrdzuje, že pred uzavretím poistnej zmluvy bol oboznámený so znením vyššie uvedených všeobecných poistných podmienok patriacich k tomuto poisteniu, ktoré následne aj prevzal v písomnej podobe.

Poisťovník podpisom poistnej zmluvy dáva súhlas na spracovanie osobných údajov v informačnom systéme poisťovateľa na účely priameho marketingu poisťovateľa (najmä informácie o novinkách, akciách a zľavách, ako aj o súťažiach, poistných produktoch a poskytovaných online službách a pod.) po dobu trvania poistného vzťahu: ÁNO / NIE Poisťovňa informuje poisťovníka, že jeho osobné údaje spracúva podľa § 10 zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v spojení s § 78 zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Poisťovník v súlade s § 12 ods. 2 zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov dáva svoj súhlas, aby osobné údaje získané touto poistnou zmluvou a v rozsahu tejto poistnej zmluvy poskytol poisťovateľ iným právnickým a fyzickým osobám podnikajúcim v poradenskej a/alebo sprostredkovateľskej činnosti v oblasti poisťovníctva, ostatným subjektom a združeniam týchto subjektov podnikajúcim v poisťovníctve, zmluvným partnerom poisťovne (zoznam zmluvných partnerov je uverejnený na www.kpas.sk), iným oprávneným subjektom, do iných členských štátov EÚ, v prípade ak to bude nevyhnutné na zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností z tejto poistnej zmluvy. Poisťovník prehlasuje, že mu boli vopred poskytnuté údaje v zmysle § 15 zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov a bol ako dotknutá osoba poučený o svojich právach uvedených v § 28 zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Zároveň berie na vedomie, že text poučenia je možné nájsť aj na webovej stránke poisťovateľa.



podpis poisťovníka

totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP



pečiatka firmy

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia
(meno čitateľne)

Bc. Silvia Kortišová

, svojím p

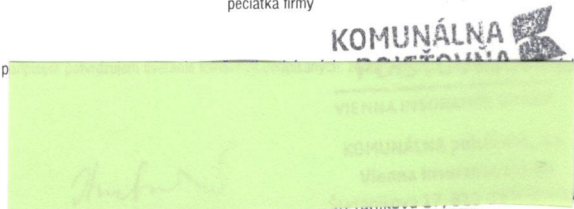
údajov a v mene poisťovateľa uzatváram poistnú zmluvu.

v

Litave

dňa

3 | 1 | 0 | 8 | 2 | 0 | 1 | 8



podpis sprostredkovateľa poistenia 95 545, IČ DPH: SK7020000746 (164)