

SKUPINOVÉ POISTENIE

Návrh poistnej zmluvy pre úrazové poistenie

KOMUNÁLNA POISTOVŇA

VIENNA INSURANCE GROUP

KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group

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 „poisťovňa“)

SP

0 0 0 0 3 0 3 2 5 5

VARIABILNÝ

SYMBOL

☐ 4801

☒ 4802

☐ 4805

☐ 4809

2802900518

POISTNÍK

Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko)

☐ Poistený

Obec Litava

Muž

☐

Žena

☐

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

Obecný úrad, Litava 5, Litava

PSČ

9 6 2 4 4

Mobilný telefón/Tel. kontakt

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

PSČ

Priemerný čistý mesačný príjem

EUR

Dátum narodenia

Rodné číslo

0 0 3 2 0 1 0 2

Miesto narodenia

Štátna príslušnosť

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

ĎALŠIE
DOJEDNANIA

Začiatok poistenia

0 1 0 6 2 0 1 5

Koniec poistenia

Doba poistenia

☐ 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

☐ prevodom z účtu OPU č.:

☐ poštový peňažný poukaz

☐ prevodom z účtu č.:

☐ inak

Interval platenia (poistné obdobie)

☒ ročne

☐ štvrťročne

☐ polročne

☐ mesačne

☐ jednorazovo

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: ☐ športová činnosť ☒ pracovná činnosť dobrovoľný hasičský zbor obce Litava

Riziková skupina ☐ ☒ Smrť následkom úrazu SNU 3319,39 EUR 38,80 EUR

☒ Trvalé následky úrazu TNU 3319,39 EUR 64,56 EUR

☐ Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením TNUP EUR EUR

☐ Hospitalizácia následkom úrazu UH EUR EUR

☒ Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu ČNL 663,80 EUR 73,84 EUR

Počet osôb 8 ☐ Iné EUR EUR

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu 177,20 EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: ☐ športová činnosť ☐ pracovná činnosť

Riziková skupina ☐ ☐ Smrť následkom úrazu SNU EUR EUR

☐ Trvalé následky úrazu TNU EUR EUR

☐ Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením TNUP EUR EUR

☐ Hospitalizácia následkom úrazu UH EUR EUR

☐ Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu ČNL EUR EUR

Počet osôb ☐ Iné EUR EUR

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: ☐ športová činnosť ☐ pracovná činnosť

Riziková skupina ☐ ☐ Smrť následkom úrazu SNU EUR EUR

☐ Trvalé následky úrazu TNU EUR EUR

☐ Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením TNUP EUR EUR

☐ Hospitalizácia následkom úrazu UH EUR EUR

☐ Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu ČNL EUR EUR

Počet osôb ☐ Iné EUR EUR

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: ☐ športová činnosť ☐ pracovná činnosť

Riziková skupina ☐ ☐ Smrť následkom úrazu SNU EUR EUR

☐ Trvalé následky úrazu TNU EUR EUR

☐ Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením TNUP EUR EUR

☐ Hospitalizácia následkom úrazu UH EUR EUR

☐ Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu ČNL EUR EUR

Počet osôb ☐ Iné EUR EUR

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu EUR

Záverečné ustanovenia

Poistník a poistený prehlasujú, že všetky jeho odpovede na písomné otázky poisťovne 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 výpisov 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.

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

Poisťovateľ a poistník 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 poistník 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 1000-3), 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.

Poistník 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 poistníka, 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 § 47 zákona č. 8/2008 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Poistník 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. Poistník 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 poisťiteľa.

**KOMUNÁLNA
POISŤOVŇA**

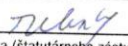
VIENNA INSURANCE GROUP

KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s.

Vienna Insurance Group

Štefánikova 17, 811 05 Bratislava

IČO: 31 595 545, IČ DPH: SK7020000746 (164)


podpis poistníka (štatutárneho zástupcu)

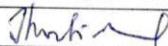
32 676 175
totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP

OBEC LITAVA
962 44 LITAVA 5

pečiatka firmy

303255

evidenčné číslo sprostredkovateľa poistenia


podpis sprostredkovateľa poistenia

V Litave

dňa 21.05.2015

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia (meno čitateľne)


Silvia Korkšová

svojím podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených údajov a v mene poisťiteľa uzatváram poistnú zmluvu.

Súčasťou poistnej zmluvy sú priložené dodatky

☒ menný zoznam

☒ VPP 1000-3

☐ Iné:

Miesto pre záznamy poisťovateľa