

SKUPINOVÉ POISTENIE

Návrh poistnej zmluvy pre úrazové poistenie

Dátum uzavretia:	31.08.2017
Dátum zverejnenia:	01.09.2017
Dátum účinnosti:	02.09.2017

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“)

4801 4802 4805 4809
 číslo návrhu poistnej zmluvy 2802900734

ziskateľské číslo sprostredkovateľa 303255

POISŤNÍK

Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko) / Názov firmy Muž Žena
 Obec Litava

Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / Sídlo PSC 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 PSC Priemerný čistý mesačný príjem
 EUR

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'ite len v prípade, ak ste označili bod 3.) % z poist. plnenia

Začiatok poistenia Koniec poistenia Doba poistenia

0 1 0 9 2 0 1 7 h 3 1 0 8 2 0 1 8 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 štvrtročne mesačne jednorazovo

ĎALŠIE DOJEDNANIA

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

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť Dobrovoľný hasičský zbor obce Litava

Riziková skupina

			Poistná suma	Poistné za skupinu
<input checked="" type="checkbox"/>	Smrť následkom úrazu	SNU	3319,39 EUR	38,80 EUR
<input checked="" type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu	TNU	3319,39 EUR	64,56 EUR
<input type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Hospitalizácia následkom úrazu	UH	EUR	EUR
<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"/>	Smrť následkom úrazu	SNU	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu	TNU	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Hospitalizácia následkom úrazu	UH	EUR	EUR
<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"/>	Smrť následkom úrazu	SNU	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu	TNU	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Hospitalizácia následkom úrazu	UH	EUR	EUR
<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"/>	Smrť následkom úrazu	SNU	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu	TNU	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Hospitalizácia následkom úrazu	UH	EUR	EUR
<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

Záverečné ustanovenia

Poistník a poistený prehlasujú, že všetky jeho odpovede na písomné otázky 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 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 neoznámenej zmeny účtu nenesie poisťovateľ zodpovednosť za prípadnú vzniknutú škodu.

Pre toto poistenie platia príslušné ustanovenia Občianskeho zákonníka, Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie (VPP 1000-4), 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 svojím podpisom potvrdzuje, že s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poistnej zmluvy bol písomne oboznámený s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatváratej poistnej zmluvy prostredníctvom Formulára o dôležitých zmluvných podmienkach uzatváratej poistnej zmluvy, ktorý 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.

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 § 78 zákona č. 39/2015 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 poisťovateľa.

[Redacted signature area]

podpis poistníka

totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP

Bc. Silvia Kortišová

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia
(meno čitateľne)

údajov a v mene poisťovateľa uzatváram poistnú zmluvu.

v

Litave

dňa

3 | 1 | 0 | 8 | 2 | 0 | 1 | 7



pečiatka firmy

**KOMUNÁLNA
POISŤOVŇA**

VIENNA INSURANCE GROUP

, svojím podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených

[Redacted signature area]

ovňa, a.s.

Group

5 Bratislava

IK7020000746 (164)

podpis sprostredkovateľa poistenia