KOMUNÁLNA POISŤOVŇA
VIENNA INSURANCE GROUP

SKUPINOVÉ POISTENIE

Návrh poistnej zmluvy pre úrazové poistenie

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: 2802900968

získateľské číslo sprostredkovateľa: 113670

POISTNÍK

Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko) / Názov firmy: obec Štítnik — Muž ☐ Žena ☐

Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / Sídlo: OU námestie 1.mája 167, Štítnik — PSČ: 0 4 9 3 2 — 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 / ☒ IČO: 0 0 3 2 8 8 7 1 — Miesto narodenia: — Štátna príslušnosť:

Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa):

Zamestnanie – druh, funkcia, povolanie, typ pracovnej činnosti: Ladislav Belányi - starosta — 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 ☐ matka ☐ otec
3. ☐ osoba určená menom (vypíšte podrobne nižšie)

Povinné údaje sú: priezvisko, meno a rodné číslo (alebo dátum narodenia), resp. v prípade právnickej osoby názov, IČO (**uveďte len v prípade, ak ste označili bod 3.**) — % z poist. plnenia

DALŠIE DOJEDNANIA

Začiatok poistenia		Koniec poistenia		Doba poistenia
0 1 0 1 2 0 1 7	h	3 0 0 6 2 0 1 7	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.

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: ☐ športová činnosť
☒ pracovná činnosť: aktivačné práce

Riziková skupina				Poistná suma	Poistné za skupinu
☐	☒	Smrť následkom úrazu	SNU	1 659,70 EUR	EUR
	☒	Trvalé následky úrazu	TNU	3 319,39 EUR	EUR
	☐	Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	EUR	EUR
	☐	Hospitalizácia následkom úrazu	UH	EUR	EUR
	☒	Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	663,88 EUR	EUR
Počet osôb					
2	☐	Iné		EUR	EUR

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu: 10,00 EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: ☐ športová činnosť
☐ pracovná činnosť

Riziková skupina				Poistná suma	Poistné za skupinu
☐	☐	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				Poistná suma	Poistné za skupinu
☐	☐	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				Poistná suma	Poistné za skupinu
☐	☐	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 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 lekárskych 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 1000-4), 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 uzatváranej poistnej zmluvy prostredníctvom Formulára o dôležitých zmluvných podmienkach uzatváranej 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 s ú h l a s 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 s ú h l a s, 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.

pečiatka firmy

, svojím podpis n za správnosť uvedených

údajov a v mene poisťovateľa uzatváram poistnú zmluvu.

v Rožňave

dňa 30.12.2016