

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“)

číslo návrhu  
poistnej zmluvy

4801 ☒ 4802 ☐ 4805 ☐ 4809 ☐  
2802900983

ziskateľské 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

Miesto narodenia

0 0 3 2 8 8 7 1

Štátna príslušnosť

Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa)

Zamestnanie - druh, funkcia, povolanie, typ pracovnej činnosti

E-mail

Ladislav Belányi - starosta

POISTENÍ

☐ menný zoznam poistených ☒ nemenované osoby

OPRAVĚNÉ 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

0 1 1 2 2 0 1 6

Koniec poistenia

3 1 0 5 2 0 1 7

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 ☒ 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 ☐ ☒ Smrť následkom úrazu SNU 1 659,70 EUR Poistná suma Poistné za skupinu 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 19 ☐ Iné EUR EUR

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu 94,24 EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: ☐ športová činnosť ☐ pracovná činnosť

Riziková skupina ☐ ☐ Smrť následkom úrazu SNU EUR EUR Poistná suma Poistné za skupinu

☐ 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 Poistná suma Poistné za skupinu

☐ 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 Poistná suma Poistné za skupinu

☐ 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



## Závěrečné 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 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.

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 poisťník 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 poisťník povinný túto zmenu písomne oznámiť poisťovateľovi, prípadne nahlásiť formou originálneho potvrdenia banky účet iný. V prípade zneužitia účtu alebo neoznámene 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 Poistovňa informuje poisťníka, 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](http://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.

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia  
(meno čitateľne)

údajov a v mene poisťovateľa uzatváram poistnú zmluvu

v Rožňave

dňa

3 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 6

svojím podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených