

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“)

číslo návrhu
poistnej zmluvy

☐ 4801 ☒ 4802 ☐ 4805 ☐ 4809

2802901114

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

Miesto narodenia

Štátna príslušnosť

0 0 3 2 8 8 7 1

Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa)

Zamestnanie - druh, funkcia, povolanie, typ pracovnej činnosti

E-mail

Ladislav Belányi - starosta

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 (uvedte len v prípade, ak ste označili bod 3.)

% z poist. plnenia

ĎALŠIE DOJEDNANIA

Začiatok poistenia

0 1 0 6 2 0 1 7

h

Koniec poistenia

3 0 1 1 2 0 1 7

h

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:	<input type="checkbox"/> športová činnosť	<input type="text"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> pracovná činnosť	aktivačné práce

Riziková skupina	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Smrť následkom úrazu	SNU	Poistná suma	Poistné za skupinu
		<input checked="" type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu	TNU	1 659,70 EUR	EUR
		<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	3 319,39 EUR	EUR
		<input type="checkbox"/> Hospitalizácia následkom úrazu	UH	EUR	EUR
		<input checked="" type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	663,88 EUR	EUR
Počet osôb	15	<input type="checkbox"/> Iné	<input type="text"/>	EUR	EUR
Ročné / Jednorazové poistné za skupinu					75,00 EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca:	<input type="checkbox"/> športová činnosť	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> pracovná činnosť	<input type="text"/>

Riziková skupina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Smrť následkom úrazu	SNU	Poistná suma	Poistné za skupinu
		<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="text"/>	<input type="checkbox"/> Iné	<input type="text"/>	EUR	EUR
Ročné / Jednorazové poistné za skupinu					EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca:	<input type="checkbox"/> športová činnosť	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> pracovná činnosť	<input type="text"/>

Riziková skupina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Smrť následkom úrazu	SNU	Poistná suma	Poistné za skupinu
		<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="text"/>	<input type="checkbox"/> Iné	<input type="text"/>	EUR	EUR
Ročné / Jednorazové poistné za skupinu					EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca:	<input type="checkbox"/> športová činnosť	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> pracovná činnosť	<input type="text"/>

Riziková skupina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Smrť následkom úrazu	SNU	Poistná suma	Poistné za skupinu
		<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="text"/>	<input type="checkbox"/> Iné	<input type="text"/>	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 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 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 uzatvárajúcej poistnej zmluvy prostredníctvom Formulára o dôležitých zmluvných podmienkach uzatvárajúcej 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 Poistovnía 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), 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.

podpis poisťníka

totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP

pečiatka firmy

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia
(meno čitateľne)

Ing. Ka

údajov a v mene poisťovateľa uzatváram poistnú zmluvu.

...svojím

vedám za správnosť uvedených

v

Rožňave

dňa

3 | 1 | 0 | 5 | 2 | 0 | 1 | 7