

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

VARIABILNÝ
SYMBOL

4801
 4802

4805
 4809

480 190 160

POISTNÍK

Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko)

Muž Žena

Poistený

OBEC LUBÁ

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

PSC

Mobilný telefón/Tel. kontakt

OcU Lubá č.79

9 4 3 5 3

036/7520660

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

PSC

Priemerný čistý mesačný príjem

Materská škola Lubá- poistenie detí

EUR

Dátum narodenia

Rodné číslo

Miesto narodenia

Štátna príslušnosť

3 0 9 0 5 2 | I C O

Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa)

Obec Lubá v zastupení p.starostky-Silvia Esztergályosová

Zamestnanie - druh, funkcia, povolanie, typ pracovnej činnosti

E-mail

Starostka obce

obecluba@mail.t-com.sk

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

Koniec poistenia

Doba poistenia

0 1 . 0 9 . 2 0

3 1 . 8 . 2 0 2 0

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

Interval platenia (poistné obdobie)

prevodom z účtu OPU č.:

poštový peňažný poukaz

ročne

štvrťročne

prevodom z účtu č.:

174222172/0200

polročne

mesačne

inak

jednorazovo

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina **A**

		Poistná suma	Poistné za skupinu
<input type="checkbox"/>	Smrť následkom úrazu	SNU	EUR
<input checked="" type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu	TNU	1327,76 EUR
<input type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	EUR
<input type="checkbox"/>	Hospitalizácia následkom úrazu	UH	EUR
<input checked="" type="checkbox"/>	Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	1327,76 EUR
Počet osôb	<input type="checkbox"/> Iné		13x2,32 € EUR
13			
Ročné / Jednorazové poistné za skupinu			30,16 EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina

		Poistná suma	Poistné za skupinu
<input type="checkbox"/>	Smrť následkom úrazu	SNU	EUR
<input type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu	TNU	EUR
<input type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	EUR
<input type="checkbox"/>	Hospitalizácia následkom úrazu	UH	EUR
<input type="checkbox"/>	Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	EUR
Počet osôb	<input type="checkbox"/> Iné		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
<input type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu	TNU	EUR
<input type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	EUR
<input type="checkbox"/>	Hospitalizácia následkom úrazu	UH	EUR
<input type="checkbox"/>	Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	EUR
Počet osôb	<input type="checkbox"/> Iné		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
<input type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu	TNU	EUR
<input type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	EUR
<input type="checkbox"/>	Hospitalizácia následkom úrazu	UH	EUR
<input type="checkbox"/>	Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	EUR
Počet osôb	<input type="checkbox"/> Iné		EUR
Ročné / Jednorazové poistné za skupinu			EUR

Ustanovenia

a poistený prehlasujú, že všetky jeho odpovede na písomné poistovne týkajúce sa poistenia sú pravdivé, úplné a pokiaľ neboli písané 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.

ályosová

podpis poistníka (štátutárneho zástupcu)

totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP

peč

v

Lubá

dňa

3 0 0 8 2 0 1 9

evidenčné číslo sprostredkovateľa poistenia

podpis sprostredkovateľa poistenia

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia (meno čitateľne)

Mária Madarová

, 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:

Iné:

Miesto pre záznamy poisťovateľa