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: 28002900889

získateľské číslo sprostredkovateľa: 2700101098

POISTNÍK

Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko) / Názov firmy: Obec Veľké Úľany - OcÚ

Muž ☐ Žena ☐

Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / Sídlo: Hlavná 578, Veľké Úľany

PSČ: 9 2 5 2 2

Mobilný telefón/Tel. kontakt: 0317878108

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 0 6 2 8 2

Miesto narodenia:

Štátna príslušnosť:

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 ☐ 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

ĎALŠIE DOJEDNANIA

Začiatok poistenia		Koniec poistenia		Doba poistenia
2 6 0 4 2 0 1 8	h	2 5 0 4 2 0 1 9	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.

Dobrovoľný Hasičský zbor v obci Veľké Úľany

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: ☐ športová činnosť

☒ pracovná činnosť: Dobrovoľný Hasičský zbor

Riziková skupina			Poistná suma	Poistné za skupinu
I	☒ Smrť následkom úrazu	SNU	3000 EUR	83,22 EUR
	☐ Trvalé následky úrazu	TNU	EUR	EUR
	☒ Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	3000 EUR	277,02 EUR
	☐ Hospitalizácia následkom úrazu	UH	EUR	EUR
	☒ Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	1000 EUR	263,91 EUR
Počet osôb 19	☐ Iné		EUR	EUR
			Ročné / Jednorazové poistné za skupinu	624,15 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 1000-5), 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 a Informačného dokumentu o poistnom produkte (IPID), ktoré 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.

OBEC VRANY

podpis poistníka	EA663153 totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP	pečiatka firmy

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia (meno čitateľne) Mgr.Hudeková, svojím podpisom potvrdzujem overenie totožnosti [illegible] a za správnosť uvedených údajov a v mene poisťovateľa uzatváram poistnú zmluvu.

KOMUNÁLNA POISŤOVŇA VIENNA INSUR[illegible] KOMUN[illegible] V[illegible] Štef[illegible] IČO: 31 5[illegible]

v Seredi

dňa 17.04.2018