

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť Dobrovoľný Hasičský zbor

Riziková skupina I

Riziková skupina	Popis	Skratka	Poistná suma	Poistné za skupinu
<input checked="" type="checkbox"/>	Smrť následkom úrazu	SNU	3000 EUR	83,22 EUR
<input type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu	TNU	EUR	EUR
<input checked="" type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	3000 EUR	277,02 EUR
<input type="checkbox"/>	Hospitalizácia následkom úrazu	UH	EUR	EUR
<input checked="" type="checkbox"/>	Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	1000 EUR	263,91 EUR
<input type="checkbox"/>	Iné		EUR	EUR

Počet osôb 19

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu 624,15 EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina

Riziková skupina	Popis	Skratka	Poistná suma	Poistné za skupinu
<input type="checkbox"/>	Smrť následkom úrazu	SNU	EUR	EUR
<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
<input type="checkbox"/>	Iné		EUR	EUR

Počet osôb

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina

Riziková skupina	Popis	Skratka	Poistná suma	Poistné za skupinu
<input type="checkbox"/>	Smrť následkom úrazu	SNU	EUR	EUR
<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
<input type="checkbox"/>	Iné		EUR	EUR

Počet osôb

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina

Riziková skupina	Popis	Skratka	Poistná suma	Poistné za skupinu
<input type="checkbox"/>	Smrť následkom úrazu	SNU	EUR	EUR
<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
<input type="checkbox"/>	Iné		EUR	EUR

Počet osôb

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu EUR

Záverečné ustanovenia

Poistník a poistený prehlasujú, že všetky jeho odpovede na písomné otázky poisťovne 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 poisťovňa zisťovala a preverovala jeho zdravotný stav vo všetkých zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť a u všetkých lekárov. Tiež splnomocňuje zástupcu poisťovne na právne úkony súvisiace s vyhotovením lekárskeho výpisov zo zdravotnej dokumentácie alebo k ich zapožičaniu za účelom vykonania prípadných zmien zo strany poisťovne a tiež k posúdeniu poisťovnej udalosti. Zároveň zbavuje mlčanlivosti voči poisťovní 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.

Poisťovňa 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 poisťovní, prípadne nahlásiť formou originálneho potvrdenia banky účet iný. V prípade zneuhýtia účtu alebo neoznámenia zmeny účtu nenesie poisťovňa zodpovednosť za prípadnú vzniknutú škodu.

Pre toto poistenie platia príslušné ustanovenia Občianskeho zákonníka, Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie (VPP 1000-7), 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 uzatvárajanej poistnej zmluvy prostredníctvom Informačného dokumentu o poistnom produkte (IPID), 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.

V prípade, ak poistník a poistená osoba nie sú totožné osoby, poistník svojím podpisom prehlasuje, že má oprávnenie poskytnúť poisťovní osobné údaje poisteného na účely uzatvárania, správy a plnenia tejto poistnej zmluvy podľa zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Poisťovňa informuje poistníka, že osobné údaje spracúva v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) (ďalej len „Nariadenie“) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Poistník svojím podpisom prehlasuje, že sa oboznámil s informáciami o spracúvaní jeho osobných údajov podľa Nariadenia, vrátane informácií o jeho právach. Zároveň berie na vedomie, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť aj na webovej stránke poisťovne www.kpas.sk.

podpis poistníka

EA663153

podpis poistníka

totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP



pečiatka firmy

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia (meno čitateľne)

Mgr.Hudeková

údajov a v mene poisťovne uzatváram poistnú zmluvu.

v

Seredi

dňa

2 | 5 | 0 | 4 | 2 | 0 | 1 | 9

, svojím podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodp

za správnosť uvedených

KUPONALNA POISTOVNIA

VIENNA INC

KOM

podpis sprostredkovateľa poistenia
Sýrankova 17, 811 05 Bratislava

