

Oblasť **30000**

Číslo návrhu 431 902 0930	<input type="checkbox"/> Nová poisťná zmluva <input type="checkbox"/> Zmena existujúcej zmluvy	Nákladové číslo 317 Ziskateľské číslo
-------------------------------------	---	---

POISTNÍK Je poisťník súčasne poistenou osobou P1? Nie Ak je poisťník súčasne poistený, uveďte jeho osobné údaje len v časti pre poistenú osobu P1.

Priezvisko, meno, titul / Názov právnickej osoby * MINISTERSTVO UNÚTRA SR	Tel. číslo / mobil 0908 845 211	Katégoria klienta	Rodné číslo / IČO* 00151 866
Adresa trvalého pobytu / Ulica, číslo domu PRIBINOVA 2	PSČ PIR 72	Miesto BRATISLAVA	Preukaz totožnosti (OP, CP, iné) č. / Štátna príslušnosť SR
Korešpondenčná adresa / Ulica, číslo domu	PSČ	Miesto	E-mail

PLATENIE POISTNÉHO *Vyplní sa v prípade, ak je poisťníkom právnická osoba

Sposob platenia	<input type="checkbox"/> Trvalým príkazom <input type="checkbox"/> Likasom z účtu <input type="checkbox"/> Príkazom na úhradu <input type="checkbox"/> Poštovou poukážkou	Prvé poisťné zaplatené	Číslo účtu	Kod banky
Frekvencia platenia	<input type="checkbox"/> Ročne** <input type="checkbox"/> Polročne** <input type="checkbox"/> Štvrtročne** <input checked="" type="checkbox"/> Jednorazovo	<input checked="" type="checkbox"/> Pri prevzatí návrhu PZ <input type="checkbox"/> Po doručení poisťky		

DOBA TRVANIA POISTENIA ** Frekvencia platenia je zhodná s poisťným obdobím

Začiatok poistenia ¹⁾ Učinnosť zmeny poistenia ²⁾	1.11.2019	Poisťná doba	1 rokov	Počet dní (pri krátkodobom SÚP)	1 dní	<input type="checkbox"/> Neurčito (pri dlhodobom SÚP)
--	------------------	--------------	----------------	---------------------------------	--------------	---

¹⁾ V prípade, ak v návrhu PZ nie je uvedený začiatok poistenia, alebo ak je tento dátum zhodný s dátumom prevzatia návrhu alebo tomuto dátumu predchádza, za začiatok poistenia sa považuje nultá hodina dňa nasledujúceho po dni prevzatia návrhu poisťiteľom.

²⁾ V prípade navrhovanej zmeny poistenia poisťník žiada, aby sa zmena poistenia vykonala k dátumu účinnosti zmeny poistenia, resp. k dátumu doručenia žiadosti o zmenu poistenia, ak dátum účinnosti zmeny nie je v návrhu uvedený. Ak nie je možné vykonať zmenu k tomuto dátumu, poisťník žiada, aby sa zmena vykonala k najbližšiemu možnému dátumu nasledujúcemu po dátume účinnosti zmeny poistenia, resp. po dátume doručenia žiadosti o zmenu poistenia.

Koniec poistenia sa určuje z poisťnej doby. Pokiaľ je poisťná doba určená v celých rokoch, deň a mesiac dátumu konca poistenia sa zhoduje s dňom a mesiacom začiatku poistenia a rok konca poistenia je daný súčtom roku začiatku poistenia a poisťnej doby. Trvanie krátkodobého poistenia vyplýva z poisťnej doby, pričom začiatok poistenia je prvým dňom poisťnej doby. Poisťnú dobu "neurčito" je možné dojednať v dlhodobom skupinovom úrazovom poistení.

Tarifná R	<input type="checkbox"/> Indexácia poistenia (každoročná úprava poisťného a poisťných súm v zmysle poisťných podmienok)
-----------	---

P1 PRVÁ POISTENÁ OSOBA

Priezvisko, meno, titul	<input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena	Rodné číslo	Št. príslušnosť	Preukaz totožnosti (OP, CP, iné) č.
Adresa trvalého pobytu / Ulica, číslo domu	PSČ	Miesto	Tel. číslo/mobil	
Korešpondenčná adresa / Ulica, číslo domu	PSČ	Miesto	E-mail	
Súčasný zamestnanie	Kód zamestnania	Nebezpečenská skupina	Zaujímavá činnosť / šport (registrácia v šport. klube/úroveň súťaží)	<input type="checkbox"/> pravidelne <input type="checkbox"/> nepravidelne

P2 DRUHÁ POISTENÁ OSOBA (vyplňte v prípade rodinného poistenia) Je adresa trvalého pobytu P2 zhodná s adresou trvalého pobytu P1? Áno Nie (Ak áno, tak nie je potrebné vyplniť adresu aj pre P2)

Priezvisko, meno, titul	<input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena	Rodné číslo	Št. príslušnosť	Preukaz totožnosti (OP, CP, iné) č.
Adresa trvalého pobytu / Ulica, číslo domu	PSČ	Miesto	Tel. číslo/mobil	
Súčasný zamestnanie	Kód zamestnania	Nebezpečenská skupina	Zaujímavá činnosť / šport (registrácia v šport. klube/úroveň súťaží)	<input type="checkbox"/> pravidelne <input type="checkbox"/> nepravidelne

Spolupoistené deti (vyplňte v prípade rodinného poistenia)

Priezvisko, meno, titul	Kód zamestnania 388	Nebezpečenská skupina Dieťa	Zaujímavá činnosť / šport (registrácia v šport. klube/úroveň súťaží)	<input type="checkbox"/> pravidelne <input type="checkbox"/> nepravidelne
P3	Rodné číslo			
Priezvisko, meno, titul	Rodné číslo			<input type="checkbox"/> pravidelne <input type="checkbox"/> nepravidelne
P4	Rodné číslo			
Priezvisko, meno, titul	Rodné číslo			<input type="checkbox"/> pravidelne <input type="checkbox"/> nepravidelne
P5	Rodné číslo			
Priezvisko, meno, titul	Rodné číslo			<input type="checkbox"/> pravidelne <input type="checkbox"/> nepravidelne
P6	Rodné číslo			

P7 je možné poistiť, pokiaľ nie je vyplnená P2

Priezvisko, meno, titul	Rodné číslo	<input type="checkbox"/> pravidelne <input type="checkbox"/> nepravidelne
P7		

S1 POISTENÁ SKUPINA (vyplňte v prípade skupinového úrazového poistenia)

Počet osôb 56	Počet osôb celkom zo všetkých návrhov poisťníka 56	Číslo ostatných návrhov
-------------------------	--	-------------------------

Bez uvedenia mien S uvedením mien (zoznam poistených musí byť priložený k návrhu PZ) Pre všetkých zamestnancov/členov definovanej skupiny Pre určitú skupinu

Presné označenie vykonávanej činnosti (prac. zaradenie) / činnosti spolku (druh športu) / poistennej činnosti alebo podujatia
SÚŤAĽ MLADÝCH ZÁCHRANÁROV

Získateľ (priezvisko, meno)	Číslo získateľa	Kontakt na získateľa (tel. číslo, e-mail, fax)

Zodpovedajúce okienka označte krížikom, údaje vyplňte paličkovým písmom

VŠEOBECNÉ ÚDAJE

Oprávnená osoba pre prípad smrti úrazom P1

Neurčujem Oprávnená osoba (ďalej "OO") sa určuje buď vzťahom k poistenému, alebo menom a rodným číslom (ďalej "r.č."). V prípade, že OO je určená súčasne menom a r.č. a aj vzťahom, považuje sa za OO tá osoba, ktorá je určená menom a r.č. V prípade, že nie je označená kolónka „neurčujem“, ani „vzťahom“ a ani „menom“, považuje sa OO za neurčenú. OO v prípade rodinného poistenia je uvedená v zmluvných dojednaniach. Ak OO nemá r.č., uveďte dátum narodenia.

Vzťahom Označte príslušný vzťah: Manžel/ka Deti Rodičia Iný vzťah (uveďte):

Menom <input type="checkbox"/>	Príezvisko, meno	Rodné číslo	Podiel v %
Menom <input type="checkbox"/>			
Menom <input type="checkbox"/>			
Menom <input type="checkbox"/>			

Číslo návrhu

(Ak nie je uvedená % - uálna výška podielu, resp. ak je súčet rôznych od 100%, tak sa poistné plnenie rozdelí rovnakým dielom medzi uvedené oprávnené osoby.)

SPOLU: 100 %

VŠEOBECNÉ OTÁZKY

Súbežné poistenia: 1. Má poistený už uzavretú životnú (Ž) alebo úrazovú (Ú) poisťovňu, príp. má podaný návrh PZ?

Nie Áno pre: P Ž Ú Spoločnosť? Číslo poisťky? Poistná suma? Platnosť?

Nie Áno pre: P Ž Ú Spoločnosť? Číslo poisťky? Poistná suma? Platnosť?

2. Bola žiadosť poisteného o poistenie uvedené v bode 1 odmietnutá alebo prijala za sčazených podmienok?

Nie Áno pre: P Ž Ú Ak áno - aké poistenie? Dôvod?

Nie Áno pre: P Ž Ú Ak áno - aké poistenie? Dôvod?

Rizikové činnosti 3. Je alebo bude poistený (P1-P7) vystavený zvláštnemu riziku alebo nebezpečenstvu? (napr. silné žiarenie, výbušiny, potápanie, rýchlostné preteky, sókromné a športové lety, parašutizmus, paragliding, rogallo, bungee-jumping, extrémne športy, účasť na športových súťažach a pod.)

Nie Áno pre: P Opis rizika:

Nie Áno pre: P Opis rizika:

Údaje o poistení

Typ poistenia (označte vždy len jednu možnosť)

1. Individuálne úrazové poistenie pre

Dospelých (24-h. krytie) Dospelých (pracovný čas) Seniorov (24-h. krytie) Deti a mládež (24-h. krytie) Rodinné 100/75/50 (24-h. krytie)

2. Skupinové úrazové poistenie pre

Dospelých (24-h. krytie) Dospelých (pracovný čas) Spolky a záujmové združenia Deti a mládež (24-h. krytie) Rodinné 100/50/25 (24-h. krytie)

3. Krátkodobé skupinové úrazové poistenie pre

Dospelých (24-h. krytie) Dospelých (vymedzený čas) Deti a mládež (24-h. krytie) Deti v MŠ, žiakov ZŠ a SŠ

Poistné sumy pre poistenú skupinu S1:

Pevné poistné sumy - násobok hrubého ročného príjmu poistených (pre trvalé následky úrazu a smrť úrazom)

€ Výška celkového hrubého ročného príjmu poistených

Poistné sumy a poistné pre poistenú osobu P1, S1:

Kód / Názov poistenia	Poistná suma (€)	Ročné tarifné poistné ¹⁾ (€)	Výsledok ocenenia ⁸⁾
			Nová sadzba RF ⁶⁾
			Nové ročné tarifné poistné ⁷⁾ (€)
800 Trvalé následky úrazu s progresiou: <input checked="" type="checkbox"/> 0 % <input type="checkbox"/> 350 % <input type="checkbox"/> 500 %	10.000,-	19,-	
Je možné dojednať len jednu z uvedených foriem progresie. Pokiaľ nie je označená žiadna možnosť, platí progresia 0 %.			
810 Smrť úrazom	7.000,-	7,70	
821 Denné odškodné od <input type="checkbox"/> 1. dňa <input type="checkbox"/> 10. dňa	- /deň	-	
Pokiaľ nie je označená žiadna možnosť, považuje sa za požadované denné odškodné od 10. dňa.			
830 Nemocničné odškodné	- /deň	-	
840 Bolesťné	1 500 ²⁾		
850 Úrazové náklady	-	-	
861 Euroochrana	50 000 ²⁾	-	
870 U-plus servis	20 /deň ^{3) 4)}	-	
871 Zlomeniny kostí u dteí	podľa ZD ÚP ^{3) 5)}	-	
881 Drobné úrazy	podľa ZD ÚP ^{2) 5)}	2,50	
890 Zachraňovacie náklady	10 000 ²⁾	-	
900 Čas nevyhnutného liečenia	-	-	
910 Kozmetické operácie	-	-	
Celkové ročné tarifné poistné pre 1 osobu/ rodinu:		19,20	
Celkové ročné tarifné poistné (vrátane všetkých zľáv a prirážok pre všetky poistené osoby):		987,84	
Bežné alebo jednorazové poistné (za príslušné obdobie):		19,76	

1) Súčin sadzby ročného poistného a poistnej sumy.

2) Uvedené poistenie je dojednané, iba ak je preň uvedené ročné tarifné poistné a toto je započítané do bežného alebo jednorazového poistného.

3) Výška či alebo nárok na poistné plnenie sú uvedené v Zmluvných dojednaniach pre úrazové poistenie (ZD ÚP).

4) Vztahuje sa na poistenú osobu P1.


5) Vztahuje sa na poistené osoby P1, P3 - P7.

6) Nová sadzba ročného poistného po ocenení.

7) Nové ročné tarifné poistné po ocenení.

8) Vyplní pracovník oceňovania.

Zodpovedajúce okienka označte krížikom, údaje vyplňte paličkovým písmom

Obchodný zástupca - VFA		 Darja FEKETOVÁ Obchodný zástupca 7 166 4005 mobil: 0906 539 912 e-mail: pobjt@uniqa.sk	Osobné identifikačné číslo v UNIQA poisťovni, a.s.									
Priezvisko, meno, titul	Obchodné meno		<table border="1"> <tr><td>7</td><td>1</td><td>6</td><td>6</td><td>4</td><td>0</td><td>0</td><td>5</td></tr> </table>		7	1	6	6	4	0	0	5
7	1	6	6	4	0	0	5					
Adresa v SR Ulica, číslo domu		Registračné číslo v zozname VFA v podregistri poistenia alebo zaistenia										
		<table border="1"> <tr><td>5</td><td>0</td><td>1</td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		5	0	1	0					
5	0	1	0									

VFA zastupuje výlučne spoločnosť UNIQA poisťovňa, a.s., Lazaretská 15, 820 07 Bratislava 27, Slovenská republika, IČO: 00 653 501 (ďalej „UNIQA“) na základe zmluvy, ktorá má výhradnú povahu. VFA nemá žiadny podiel na základnom imaní UNIQA ani na hlasovacích právach UNIQA. UNIQA nemá žiadny podiel na základnom imaní VFA ani na hlasovacích právach VFA. Dňom účinnosti poisťovnej zmluvy sú UNIQA a poisťovník viazaní právami a povinnosťami v nej dohodnutými, pričom UNIQA sa zaväzuje poskytnúť v dojednanom rozsahu poisťné plnenie, ak nastane náhodná udalosť bližšie označená v poisťovnej zmluve a poisťovník sa zaväzuje platiť poisťné. Prípadné sťažnosti je možné podať:

a/ písomne na adresu: UNIQA poisťovňa, a.s., Lazaretská 15, 820 07 Bratislava 27, resp. na ktoromkoľvek obchodnom mieste UNIQA, alebo

b/ príslušnému orgánu dohľadu nad poisťovníctvom, ktorým je od 1. 1. 2006 Národná banka Slovenska, Imricha Karvaša 1, 813 25 Bratislava, SR.

Prípadné spory vyplývajúce zo sprostredkovania poistenia je možné po odsúhlasení zmluvnými stranami riešiť mimosúdne podľa zákona č. 420/2004 Z. z. o mediácii alebo zákona č. 244/2002 Z. z. o rozhodcovskom konaní. Systém ochrany pred zlyhaním finančnej inštitúcie upravuje zákon č. 8/2008 Z. z. o poisťovníctve v znení neskorších predpisov a je predovšetkým tvorený pravidlami na zabezpečenie solventnosti finančnej inštitúcie a zabezpečenie riadnej tvorby a umiestnenia prostriedkov technických rezerv. Finančná inštitúcia podlieha dohľadu Národnej banky Slovenska (ďalej len „NBS“).

Klient - Poisťovník:		Rodné číslo / IČO									
Meno, priezvisko, titul / meno obchodnej spoločnosti a meno osoby oprávnenej konať v jej mene		<table border="1"> <tr><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td><td>1</td><td>8</td><td>6</td><td>6</td></tr> </table>		0	0	1	5	1	8	6	6
0	0	1	5	1	8	6	6				
Adresa v SR Ulica, číslo domu		Tel. číslo / mobil PRIBINOVA 2, BRATISLAVA	E-mail								

Klientove požiadavky, potreby, skúsenosti a znalosti týkajúce sa poistenia, ktoré je predmetom sprostredkovania, s ohľadom na povahu tohto poistenia

Predmet poistenia	Poisťovňa / Nemá poistené	Poisťné	Výročný deň	Poisťná suma	Záujem riešiť
BÝVANIE					
Poistenie rodinného domu / bytu					<input type="checkbox"/>
Poistenie domácnosti					<input type="checkbox"/>
OSOBA					
Investičné životné poistenie					<input type="checkbox"/>
Úrazové poistenie					<input checked="" type="checkbox"/>
Kapitálové životné poistenie					<input type="checkbox"/>
Poistenie pre deti					<input type="checkbox"/>
AUTO					
Povinné zmluvné poistenie					<input type="checkbox"/>
Havarijné poistenie					<input type="checkbox"/>
INÉ					
Cestovné poistenie					<input type="checkbox"/>
Poistenie právnej ochrany					<input type="checkbox"/>
Zodpovednosť zamestnanca					<input type="checkbox"/>
Podnikateľské riziká					<input type="checkbox"/>

Klientove skúsenosti s príslušným poistením: má skúsenosti (klientove poznámky:) nemá skúsenosti

Klientove znalosti o príslušnom poistení: má postačujúce znalosti nemá znalosti nevie posúdiť

Klientova finančná situácia s ohľadom na povahu poistenia, ktoré je predmetom sprostredkovania

Mesačný príjem domácnosti: do 1000 EUR 1000 - 2000 EUR nad 2000 EUR Mesačné výdavky domácnosti: EUR

Klient príjem a výdavky neuvádza, ale prehlasuje, že jeho finančná situácia zodpovedá požadovaným poisteniam, ktoré sú predmetom sprostredkovania

Klient odmieta poskytnúť údaje o svojich požiadavkách, potrebách, skúsenostiach, znalostiach a o svojej finančnej situácii a trvá na uzatvorení poisťovnej zmluvy

Podľa svojich požiadaviek si klient na tomto stretnutí prioritne zvolil:

Nazov produktu: Číslo poisťovnej zmluvy / návrhu zmluvy: Odôvodnenie odporúčania sprostredkovateľa pre výber poisťovného produktu:

<p>Náklady na finančné sprostredkovanie</p> <p>VFA informuje klienta, že za finančné sprostredkovanie prijíma, na základe zmluvy, od UNIQA peňažné a nepeňažné plnenia (ďalej len „provízie“). VFA informuje klienta, že môže požiadať o zverejnenie výšky provízie.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Klient o zverejnení výšky provízie nežiada</p> <p><input type="checkbox"/> Klient o zverejnení výšky provízie žiada</p> <p>Klient vyhlasuje, že ho VFA jednoznačne, vyčerpávajúcym, presným a zrozumiteľným spôsobom informoval o výške peňažného alebo nepeňažného plnenia, ktoré prijíma od UNIQA za finančné sprostredkovanie:</p> <p>Pri životnom poistení som bol informovaný o priemernej výške nákladov na finančné sprostredkovanie v odvetviach životného poistenia.</p> <p>Pri neživotnom poistení som bol informovaný o výške ziskateľskej / kmeňovej provízie.</p>	<p>Vyhlasenie klienta</p> <p>Vyhlasujem, že som bol informovaný o všetkých skutočnostiach podľa § 33 zákona o finančnom sprostredkovaní:</p> <p><input type="checkbox"/> v dostatočnom časovom predstihu na trvanlivom médiu</p> <p><input type="checkbox"/> v dostatočnom časovom predstihu prostredníctvom internetu</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ústne, na základe vlastnej žiadosti</p> <p>Vyhlasujem, že mi bola v súlade s ustanovením zákona o finančnom sprostredkovaní, jasne a zrozumiteľne predložená ponuka UNIQA, tejto ponuke som porozumel a na základe nej som si zvolil vyššie uvedený poisťovný produkt slobodne a bez nátlaku. Potvrďujem, že moje požiadavky a potreby týkajúce sa poistenia boli riadne zaznamenané v tomto formulári, považujem ho za uvedený rozsah zaznamenaných informácií v súvislosti s dojednávaním uvedeného poistenia za dostatočný a dojednané poistenie kryje moje potreby v súvislosti s poisťovaným rizikom. Potvrďujem, že mám dostatok disponibilných peňažných prostriedkov na úhradu poisťného. Súčasne potvrdzujem, že som bol oboznámený s informáciami, ktoré sa týkajú oznamovacej povinnosti VFA voči mojej osobe na základe zákona o finančnom sprostredkovaní a že som bol písomne oboznámený s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatvárajúcej poisťovnej zmluvy prostredníctvom formulára podľa vzoru ustanoveného NBS.</p>
---	--

..... dňa.....

Podpis poisťovníka: Podpis sprostredkovateľa:

Dohodnutý ďalší postup

V/017/10/Z