

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina: Smrť následkom úrazu (SNU) Trvalé následky úrazu (TNU) Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením (TNUP) Hospitalizácia následkom úrazu (UH) Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu (ČNL) Iné

Počet osôb:

| Ročná / Jednorazová poistná suma za skupinu | Poistná suma | Poistné za skupinu |
|---|--------------|--------------------|
| <input type="text"/> | EUR | EUR |
| <input type="text"/> | EUR | EUR |
| <input type="text"/> | EUR | EUR |
| <input type="text"/> | EUR | EUR |
| <input type="text"/> | EUR | EUR |
| <input type="text"/> | EUR | EUR |

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina: Smrť následkom úrazu (SNU) Trvalé následky úrazu (TNU) Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením (TNUP) Hospitalizácia následkom úrazu (UH) Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu (ČNL) Iné

Počet osôb:

| Ročná / Jednorazová poistná suma za skupinu | Poistná suma | Poistné za skupinu |
|---|--------------|--------------------|
| <input type="text"/> | EUR | EUR |
| <input type="text"/> | EUR | EUR |
| <input type="text"/> | EUR | EUR |
| <input type="text"/> | EUR | EUR |
| <input type="text"/> | EUR | EUR |
| <input type="text"/> | EUR | EUR |

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina: Smrť následkom úrazu (SNU) Trvalé následky úrazu (TNU) Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením (TNUP) Hospitalizácia následkom úrazu (UH) Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu (ČNL) Iné

Počet osôb:

| Ročná / Jednorazová poistná suma za skupinu | Poistná suma | Poistné za skupinu |
|---|--------------|--------------------|
| <input type="text"/> | EUR | EUR |
| <input type="text"/> | EUR | EUR |
| <input type="text"/> | EUR | EUR |
| <input type="text"/> | EUR | EUR |
| <input type="text"/> | EUR | EUR |
| <input type="text"/> | EUR | EUR |

Zvereňovanie osobných údajov: Poistenie poskytnuté podľa zákona o ochrane osobných údajov... Podpisník potvrdzuje, že všetky údaje uvedené na tomto formulári sú pravdivé, úplné a poskytli neobmedzený prístup k nim... Poistenie vyhlasuje, že sa zúčastní na všetkých zdravotníckych zariadeniach poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a u všetkých lekárov. Títo poskytovatelia zástupcov poistených sú právne úkony súvisiace s vykonávaním lekárskej výskvy zo zdravotnej dokumentácie alebo k ich poskytnutiu za účelom vykonania prípadných zmien zo strany poistených a tiež k poskytnutiu poistnej výšky. Zároveň zdieľa údaje o zdravotnej starostlivosti poskytenej všetkým lekármi v občianskej zdravotníckej alebo zdravotnej starostlivosti. Každá osoba opísaná na tomto formulári musí byť staršia ako 18 rokov. Poistenie súhlasí s tým, že všetky údaje uvedené na tomto formulári sú jeho vlastníctvom a poistná zmluva uzatvára na výslych účel.

Podpisník potvrdzuje, že je svedomito informovaný o všetkých podmienkach poistenia, ktoré sú súčasťou poistnej zmluvy, a že súhlasí s nimi. Podpisník potvrdzuje, že je svedomito informovaný o všetkých podmienkach poistenia, ktoré sú súčasťou poistnej zmluvy, a že súhlasí s nimi. Podpisník potvrdzuje, že je svedomito informovaný o všetkých podmienkach poistenia, ktoré sú súčasťou poistnej zmluvy, a že súhlasí s nimi. Podpisník potvrdzuje, že je svedomito informovaný o všetkých podmienkach poistenia, ktoré sú súčasťou poistnej zmluvy, a že súhlasí s nimi.

Podpis poistníka (statutárneho zástupcu) totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP

pečiatka firmy

V dňa 28.04.2014

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia (meno čitateľne) evidénčné číslo sprostredkovateľa poistenia

Súčasťou poistnej zmluvy sú priložené dodatky meriny zoznam VPP 1000-1 iné:

Zároveň poistenie