

SKUPINOVÉ POISTENIE

Návrh poistnej zmluvy pre úrazové poistenie

KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group

Štefánikova 17, 811 05 Bratislava

IČO: 31 595 545, Obchod. reg. Okr. súdu Ba I, oddiel: Sa, vložka č.: 3345/B

Číslo účtu v banke: 0178195386/0900; 1200222008/5600

SP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Variabilný
symbol

2802 900148

POISTNIK

Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko) / názov firmy Muž Žena
ÚRAD PRÁCE SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY TOPOĽČANY

Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / sídlo PSČ Mobilný telefón/Tel. kontakt
ŠKULTÉTYHO 1577/8, TOPOĽČANY 9|5|5|0|1

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

Dátum narodenia Rodné číslo / IČO Miesto narodenia Štátna príslušnosť
 _____ 3|7|9|6|1|2|2|5| _____

Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa)

Zamestnanie - druh, funkcia, povolanie, typ pracovnej činnosti / Štatutárny zástupca
Mgr. Janka Krahulíková, Riaditeľka

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 (uved'te len v prípade, ak ste označili bod 3.) % z poist. plnenia

ĎALŠIE DOJEDNANIA

Začiatok poistenia Koniec poistenia Doba poistenia Interval platenia (poistné obdobie)
 1|2|0|5|2|0|1|4 3|1|0|5|2|0|1|4 určitá neurčitá jednorazovo ročne polročne štvrťročne mesačne

Spôsob platenia
 prevodom z účtu DPU č.: _____ poštový peňažný poukaz
 prevodom z účtu č.: **70000142668/8180** inak _____

V prípade rizík poisteného, odlišných od rizík uvedených v tejto poistnej 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: výšku poistného výšku poistnej sumy (vyberte jednu z možností)

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť _____
 pracovná činnosť _____

Riziková skupina		SNU	TNU	TNUP	UH	ČNL	Poistná suma	Poistné za skupinu
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Smrť následkom úrazu						6.000,00 EUR	15,50 EUR
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu						6.000,00 EUR	25,50 EUR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením						EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hospitalizácia následkom úrazu						EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu						1.660,00 EUR	40,50 EUR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Iné						EUR	EUR

Počet osôb **50**

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu **81,50 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

Počet osôb: Iné

Poistná suma	Poistné za skupinu
EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR

Ročné / Jednorazové poisťné za skupinu 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

Počet osôb: Iné

Poistná suma	Poistné za skupinu
EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR

Ročné / Jednorazové poisťné za skupinu 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

Počet osôb: Iné

Poistná suma	Poistné za skupinu
EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR

Ročné / Jednorazové poisťné za skupinu EUR

Zverešené 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, potvrdzujú, 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 sponomochuje 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 poisťnej udalosti. Zároveň zbavuje mlčanlivosť 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 poisťného sú jeho vlastníctvom a poisťnú zmluvu uzatvára na vlastný účet.
 Poisťovateľ a poistník sa dohodli, že ak je táto poisťná zmluva označená v záhlaví ako náhrada poisťnej zmluvy (poisťných zmlúv), poisťná zmluva (poisťné zmluvy), uvedená v záhlaví ako nahradzovaná, zanikne v celom rozsahu v okamihu začiatku poistenia dohodnutého touto poisťnou zmluvou. Súčasne bude nahradená touto poisťnou zmluvou a podmienkami a dojednaniami, ktoré sa k nej vzťahujú.
 Pre potreby dojednaného poistenia sa účet uvedený v poisťnej zmluve považuje za kontaktný a v prípade, že počas trvania poisťného vzťahu dôjde k zmene, je poistník povinný túto zmenu písomne oznámiť poisťovateľovi, prípadne nahlasíť formou originálneho potvrdenia banky účet iný. V prípade zmeny účtu alebo neoznámenia zmeny účtu nenesie poisťovateľ zodpovednosť za prípadnú vzniknúť škodu.
 Pre toto poistenie platia príslušné ustanovenia Občianskeho zákonníka, Všeobecne poisťné podmienky pre úrazové poistenie (VPP 1000-1), ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou poisťnej zmluvy.
 Každá zo zmluvných strán môže poisťnú zmluvu vypovedať do 2 mesiacov od jej uzavretia, výpovedná lehota je 8 dní. Jej uplynutím poisťná zmluva zanikne.

Poistník podpísaním poisťnej zmluvy dáva súhlas s na spracovanie osobných údajov v informačnom systéme poisťovateľa na účely priameho marketingu poisťovateľa (najmä informácie o novinách, akciách a zľavách, ako aj o súťažiacich, poisťných produktoch a poskytovaných online službách a pod.) po dobu trvania poisťného vzťahu: ANO NIE. Poisťovateľ informuje poistníka, že jeho osobné údaje spracováva 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. 8/2009 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 s tým, aby osobné údaje získané touto poisťnou zmluvou a v rozsahu tejto poisťnej 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 (oznam: zmluvných partnerov je uverejnený na www.kpas.sk), iným oprávneným subjektom, do nich členských štátov EÚ, v prípade ak to bude nevyhnutné na zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností z tejto poisťnej 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.

podpis poistníka (štátúfárneho zástupcu) totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP

pečiatka firmy

v Topoľčanoch dňa 09 | 05 | 20 | 14 607 evidénčné číslo sprostredkovateľa poistenia podpis sprostredkovateľa poistenia

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia (meno čitateľne) Ing. Janka Opáthová , svojim podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených údajov a v mene poisťovateľa uzatváram poisťnú zmluvu.

Súčasťou poisťnej zmluvy sú priložené dodatky menný zoznam VPP 1000-1 Iné:

Záznany poisťovateľa