

SKUPINOVÉ POISTENIE

Návrh poistnej zmluvy pre úrazové poistenie

KOMUNÁLNA
poistovňa
VIENNA INSURANCE GROUP

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:

SP

Variabilný
symbol

2802 900414

POISTNÍK

Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko) / názov firmy

HORSKÁ ZACHRANNA SLUŽBA VYSOKÉ TATRY

Muž Žena

Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / sídlo

HORNÝ SMOKOVEC 52, VYSOKÉ TATRY

PSČ

06201

Mobilný telefón/Tel. kontakt

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

PSČ

Dátum narodenia

Rodné číslo / IČO

Miesto narodenia

Štátna príslušnosť

Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa)

Zamestnanie - druh, funkcia, povolanie, typ pracovnej činnosti / Štatutárny zástupca

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

01 07 2014

Koniec poistenia

30 06 2018

Doba poistenia

☒ určitá ☐ neurčitá

Interval platenia (poistné obdobie)

☐ jednorazovo ☐ ročne ☒ polročne ☐ štvrťročne ☐ mesačne

Spôsob platenia

☐ prevodom z účtu OPU č.: ☐ poštový peňažný poukaz

☒ prevodom z účtu č.: ☐ 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

☒ Smrť následkom úrazu

SNU

Poistná suma

6.640,- EUR

Poistné za skupinu

167,13 EUR

☒ Trvalé následky úrazu

TNU

6.640,- EUR

2.694,88 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

167

☐ Iné

EUR

EUR

EUR

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu

4 308,61 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 EUR

Poistné za skupinu EUR

Ročné / Jednorazové poistné 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 EUR

Poistné za skupinu EUR

Ročné / Jednorazové poistné 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 EUR

Poistné za skupinu EUR

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu EUR

Zverejnené 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 poisťovateľ zisťoval a preveroval jeho zdravotný stav vo všetkých zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť a u všetkých lekárov. Tiež spomocňuje zástupcu poisťovateľa na právne úkony súvisiace s vyhotovením lekárskej výpisy zo zdravotnej dokumentácie alebo k ich započítaniu za účelom vykonania prípadných zmien zo strany poisťovateľa a tiež k posúdeniu poistnej udalosti. Zároveň zbavuje poisťovateľa zodpovednosti 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 zmlúvy), 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 1000-1), 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 podpisom poistnej zmluvy dáva súhlas na spracovanie osobných údajov v informačnom systéme poisťovateľa na účely priameho marketingu poisťovateľa (najmä informácie o novinách, akciách a zľavách, ako aj o sľužiach, poistných produktoch a poskytovaných online službách a pod.) po dobu trvania poistného vzťahu: ☐ ÁNO ☐ NIE. Poistník informuje poisťovateľa, 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. 8/2008 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 a 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 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 a 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. Zaradené na vedomie, že text poučenia je možné nájsť aj na webovej stránke poisťovateľa.

podpis poisťníka (štátutárneho zástupcu)

totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP

V dňa

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia (meno čitateľne)

Súčasťou poistnej zmluvy sú priložené dodatky ☒ menný zoznam ☒ VPP 1000-1 ☐ Iné:

Záznaky poisťovateľa

PRÍLOHA Č. 2 - ZMLUVA O SPROSTREDKOVANÍ POISTENIA