

SKUPINOVÉ POISTENIE

Návrh poistnej zmluvy pre úrazové poistenie



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

POISTNIK

Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko) / názov firmy: UPEŠKAR TRNAVA Muž Žena

Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / sídlo: JANA BOTTU 2-4 TRNAVA PSC: 911 40 7 Mobilný telefón/Tel. kontakt:

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

Dátum narodenia: Rodné číslo / IČO: 3481475162 Miesto narodenia: Štátna príslušnosť:

Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa):

Zamestnanie - druh, funkcia, povolanie, typ pracovnej činnosti / Štatutárny zástupca: ING IGOR VALEK

E-mail:

POISTENÍ mený zoznam poistených nomenované 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 (vyplňte pozorne 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

DALŠIE DOJEDNANIA

Začiatok poistenia: 09.07.2014 Konec poistenia: 31.12.2019 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 rizik poisteného, odlišných od rizik 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:

Riziko	Symbol	Polisťná suma	Polisťná za skupinu
<input checked="" type="checkbox"/> Smrť následkom úrazu	SNU	3 300 EUR	1 683 EUR
<input checked="" type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu	TNU	3 300 EUR	1 359 EUR
<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR
<input type="checkbox"/> Hospitalizácia následkom úrazu	UH	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR
<input checked="" type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	800 EUR	3 888 EUR
<input checked="" type="checkbox"/> Iné PCNA INVALIDITA ÚRAZOM	PIU	1 600 EUR	315 EUR

Počet osôb: 201

Reálne / Jednorazové poistné za skupinu: 322

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina: Smrť následkom úrazu (SNU) Trvalé následky úrazu (TNU) Trvalé následky úrazu s progresívnym pinením (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

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 pnením (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

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 pnením (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

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu: EUR

Zmeniť podmienky: Poslák a poisťovňa prehlasujú, že všetky jeho odpovede na písomné otázky poistného týkajúce sa poistenia sú pravdivé, úplné a pevné alebo napísané jeho rukopisom, podpisom, lebo obojím a sú pravdivé.

Poistený vyhlasuje, že súhlasí, aby poisťovňa vedela a zisťovala jeho zdravotný stav vo všetkých zdravotných zariadeniach poskytovateľských zariadení, zdravotníckych a v ostatných lekárov. Tieto informácie získajú poisťovňa na príkme účely súvisiace s vykonávaním lekárskeho výpisov zo zdravotnej dokumentácie alebo s ich započítaním za účelom vykonania prípadných zmien zo strany poisťovne a tiež k posúdeniu praktickej údatosti. Zároveň stanovuje mlčanlivosť voči poisťovateľovi všetkým lekárom v súvislosti s jeho zdravotným stavom. Kópia tohto opätovného má takú istú platnosť ako originál.

Poistník podpisom tohto návrhu záväzne povozňuje, že požiadané preskúmanie použije na úhradu poistného sú jeho vlasťou a poistnú zmluvu uzatvára na vlastný úžitok.

Poisťovateľ a poisťník sa dohodli, že ak je táto poistná zmluva uzavretá v rámci alebo náhradu poistnej zmluvy (poistných zmlúv) poistná zmluva (poistné zmluvy) uzavretá v rámci alebo náhradu zmluvy, zmluva o celom rozsahu v okamihu začiatku poistenia dohodnutého kúpou poistnou zmluvou. Súčasne bude nahradená touto poistnou zmluvou a podmienkami a doplnkami, ktoré sa k nej vzťahujú.

Pre potreby dohodnutého poistenia sa účel vymedzí v poistnej zmluve priloženou za kontaktný a v prípade, že počas trvania poistného vzťahu dôjde k zmene, je poisťník povinný túto zmenu písomne oznámiť poisťovníkovi, prípadne súhlasí s tým, že originálne povolenia banky účel má. V prípade zmeny účelu alebo menovania zmluvy účel neruší poisťovateľ zodpovednosť za prípadnú vznikajúcu škodu.

Pre toto ustanovenie platia príslušné ustanovenia Občianskeho zákonníka. Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie (VPP 1006-I), ktoré sú súčasťou tohto súčastou 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 podpísaním poistnej zmluvy dává súhlas a na spracovanie osobných údajov v súvislosti s týmto systémom poskytnutých na účely priameho marketingu, poskytnutých (na základe) informácií o neovládanej akciiach a výdavkoch, ako aj o súvisiacich poistných províziách a poskytovateľoch a ine službách a pod. a pe dobu trvania poistného vzťahu: ANO NIE. Poistníkova súhlas s týmto dává spracová podľa § 10 zákona č. 122/2003 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Poistník v súlade s § 12 ods. 2 zákona č. 122/2003 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov dává svoj súhlas s tým, 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 spravodajskej činnosti v oblasti poskytovania určitých služieb a/alebo podnikajúcim v poisťovníctve zmluvným partnerom poskytované časťami zmluvných partnerov je uvedený na www.koss.sk, iným oprávneným subjektom, do ktorých členských štátov EÚ, v prípade akto budú v súvislosti s týmto poistnou zmluvou. Poistník prehlasuje, že mu boli vopred poskytnuté údaje v zmysle § 15 zákona č. 122/2003 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Zároveň berie na vedomie, že tieto údaje je možné mať aj na webovej stránke poisťovne.

(podpis) o záslupcu) I totožnosť overená podľa čísla ÚP alebo ÚP

TRUAVE dňa

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia (meno čitateľne) , svojim podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených údajov a v mene poisťiteľa uzatváram poistnú zmluvu.

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

Zároveň poisťovateľ

FORMULÁR O PODMIENKACH UZAVRETIA POISTNEJ ZMLUVY A ZÁZNAM Z ROKOVANIA SPROSTREDKOVATEĽA POISTENIA S KLIENTOM PRED UZAVRETÍM ALEBO ZMENOU POISTNEJ ZMLUVY

Meno a priezvisko / Zmeniť meno (podľa zákona, ak je to potrebné)

Zuzana Kalivodová

Trvalý pobyt (prípadný pobyt) / Miesto podnikania / Sídlo

Hlavná 22,917 01 Trnava

E-mail

Kontaktný telefón

Právna forma (pri podnikateľskej osobe)

ROZ

ktorý koná v mene spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, IČO: 31 595 545, (ďalej len „sprostredkovateľ poistenia“)

A. Meno a priezvisko osoby

Ktorá sa vzťahuje na osobných garanta / finančných služieb

Ing. Igor Válek

Trvalý pobyt / Sídlo

Kontaktný telefón

Rodné číslo / Dátum narodenia

Štátnosť

Číslo bankového účtu*

SR

Ideontifikácia:

Druh dokladu totožnosti

OP

Číslo dokladu totožnosti

Platný do:

Vydaný kým:

B. Meno a priezvisko osoby

pre ktorú má byť uzavreté poistenie

Obchodné meno, názov právnickej osoby

pre ktorú má byť uzavreté poistenie

UPS VaR Trnava

Trvalý pobyt / Sídlo

Kontaktný telefón

Rodné číslo / IČO

Štátnosť

Číslo bankového účtu*

37847562

Ideontifikácia:

Druh dokladu totožnosti

Číslo dokladu totožnosti

Platný do:

Vydaný kým:

Vzťah medzi osobou "A" a "B":

rodinný príslušník

iný spôsob → špecifikujte:

(aj viaceré možnosti označiť)

"A" je zamestnancom "B"

spolomajiteľ

riaditeľ

ktorý má v úmysle využiť, resp. využíva finančné a poisťovacie služby spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, (ďalej len „klient“)

spisuje tento záznam o rokovaní sprostredkovateľa poistenia s klientom vo vzťahu k uzavretiu alebo k zmene poistnej zmluvy so spoločnosťou KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group.

Číslo poistnej zmluvy (v prípade že existuje),
v ktorej má klient záujem vykonať zmenu:

Spôsob komunikovania poistenia s klientom:

klient sa aktívne ohlásil sám

internet

odporúčania

iný spôsob → špecifikujte:

obchodník - telefonický kontakt

banka

list poštou

Informačný leták - dotazník

Klient má záujem dojsť na nasledujúcu finančnú službu/poistenie, resp. zmenu v poistnej zmluve:
(toto môže klient)

1. Skupinové úrazové poistenie

Klient má vo vzťahu k poistnej zmluve tieto špecifické požiadavky: (špecifikovať numericky údaj, resp. zákonom ňou vyvízajúca požiadavky finančných služieb, poistenia, alebo zmenu v poistnej zmluve)

3. krytie prípadne vzniknutých poistných udalostí

Klientove dôvody pre výber finančnej služby/poistenia: NA ZÁKLADE KTORÝCH SPROSTREDKOVATEĽ POISTENIA POSKYTUJE SVOJE ODPORÚČANIE PRE VÝBER DANÉHO POISTNÉHO PRODUKTU SPOJENÉHO S PREDPISANÝMI FIN. OPERÁCIAMI:

4. klienti majú záujem byť poistení

ODPORÚČANIE SPROSTREDKOVATEĽA POISTENIA PRE KLIENTA: NÁZOV POISTENIA ALEBO SÚBORU POISTENÍ, KTORÉ MÔŽU BYŤ DOJEDNANÉ V POISTNEJ ZMLUVE A SPLŇAJÚ POŽIADAVKY KLIENTA (POISTNÝ PRODUKT):

4.

POISTNÉ RIZIKÁ - POPIS POISTENIA ALEBO SÚBORU POISTENÍ, KTORÉ MÔŽU BYŤ DOJEDNANÉ V POISTNEJ ZMLUVE (POISTNÝ PRODUKT) Z HĽADISKA POISTNÝCH RIZÍK:

5. SNU, TNU, ČNL, PIU

VŠEOBECNÁ CHARAKTERISTIKA POISTNÉHO PLNENIA Z POISTENIA ALEBO SÚBORU POISTENÍ, KTORÉ MÔŽU BYŤ DOJEDNANÉ V POISTNEJ ZMLUVE:

6. do výšky dojednaného limitu

ĎALŠIE VÝHODY, KTORÉ MÔŽU BYŤ DOJEDNANÉ V POISTNEJ ZMLUVE (POISTNOM PRODUKTE):

7.

Klient výslovne odmietol využiť nasledujúce finančné-poisťovacie služby/poistenie (POISTNÝ PRODUKT) AJ NAPRIEK UPOZORNENIU SPROSTREDKOVATEĽA POISTENIA NA MOŽNOSŤ ICH VYUŽITIA:

8. klient nemá záujem o ďalšie poistenie

PREHLÁSENIE / POTVRDENIE

Sam výške čísla prekonanej a prekonanej osobnej zmluvy.

Klient svojím podpisom potvrdzuje správnosť a úplnosť tohto záznamu. Zároveň svojím podpisom potvrdzuje, že sa oboznámil so všetkými informáciami uvedenými na str. č. 3. a 4. tohto záznamu a že prevzal jeho kópiu. Na základe slobodnej voľby klienta je číslo prepravce/ poistnej zmluvy/poistného odvetvia →

2802900428

Klient berie na vedomie, že informácie nachádzajúce sa v tomto zázname poskytuje sprostredkovateľovi poistenia v zmysle zákona č. 186/2009 Z. z. o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve a že budú spracovávané v informačnom systéme sprostredkovateľa poistenia, resp. spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group.

Klient zároveň berie na vedomie, že tento záznam nie je návrhom na uzavretie poistnej zmluvy niektorej zo zúčastnených strán v zmysle príslušných občianskoprávnych predpisov.

Sprostredkovateľ poistenia týmto vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že identifikoval a overil identitu každého účastníka na základe jeho dokladu totožnosti (OP/IAS).

v Trnave

dňa

čas

jednava

(hod.:min.)

Kalivodová

Meno a priezvisko sprostredkovateľa poistenia / podpis
(v prípade inž. agenta - makléra uviesť meno a priezvisko osoby
zastupujúcej lenho makléra)

Ing. Igor Válek

Meno a priezvisko (paličkovým písmom)/podpis klienta

* vyplňovať len v prípade rokovania o možnosti uzavretia ZP

INŠTRUKCIA PRE SPROSTREDKOVATEĽA POISTENIA: Túto stranu formulára (strana 1/4) je potrebné vyplniť vždy! (*zn. pri rokovaní o možnosti uzavretia akéhokoľvek druhu poistenia.)