

Konverzný kurz: 1 EUR = 30,1260 SKK

# POISTNÁ ZMLUVA PRE SKUPINOVÉ POISTENIE

KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group

Štefánikova 8, 811 05 Bratislava  
IČO: 31 595 545, Obchod. reg. Okr. súdu Ba I, oddiel: Sa, vložka č.: 3345/B

333

Variabilný symbol

1142031

30.04.14

**POISŤNÍK**

Priezvisko, meno, titul / názov firmy: URAD PRACE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY ROŽŤAVA

Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / sídlo: PAFARIKOVA 112, ROŽŤAVA PSČ: 04800 Kontaktný telefón: \_\_\_\_\_

Korešpondenčná adresa (ulica, číslo domu, mesto), ak je iná ako adresa trvalého bydliska: \_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_ Telefón do práce: \_\_\_\_\_

Dátum narodenia: \_\_\_\_\_ Rodné číslo / IČO: 355576919 Štatutárny zástupca: \_\_\_\_\_ Štátna príslušnosť: \_\_\_\_\_

**POISTENÍ**  menný zoznam poistených  nemenované osoby

**OPRÁVNENÉ OSOBY** V prípade smrti poisteného má právo na plnenie osoba v zmysle § 817, odstavec 2 a 3 Občianskeho zákonníka.

**ĎALŠIE DOJEDNANIA**

Začiatok poistenia: 17.04.2014 Koniec poistenia: 30.09.2014 Doba poistenia:  určitá  neurčitá

Interval platenia (poistné obdobie):  ročne  polročne  štvrtročne  
 mesačne  jednorazovo

Spôsob platenia:  prevodom z účtu OPUI č.: \_\_\_\_\_  poštový peňažný poukaz  inak: \_\_\_\_\_  
 prevodom z účtu č.: \_\_\_\_\_

V prípade zmeny rizík poisteného, odlišných od rizík uvedených v tejto poistnej zmluve, je poisťovateľ oprávnený zmeniť výšku poistnej sumy alebo poistného maximálne o 10% podľa platných poistno-matematických zásad. V prípade neurčenia sa zachováva výška poistného. Žiadam zachovať (vybrať jednu z možností):  výšku poistného  výšku poistnej sumy

**ÚRAZOVÉ POISTENIE**

Prevažujúca:  športová činnosť  pracovná činnosť

Riziková skupina:   Smrť následkom úrazu  Trvalé následky úrazu  Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením  Hospitalizácia následkom úrazu  Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu  Iné

	Poistná suma	Poistné za skupinu
SNU	3320 EUR	486 SKK
TNU	1660 EUR	396 SKK
TNUP	EUR	SKK
UH	EUR	SKK
ČNL	930 EUR	1152 SKK
	147 EUR	90 SKK
Ročné / Jednorazové poistné za skupinu		432 EUR

**ÚRAZOVÉ POISTENIE**

Prevažujúca:  športová činnosť  pracovná činnosť

Riziková skupina:   Smrť následkom úrazu  Trvalé následky úrazu  Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením  Hospitalizácia následkom úrazu  Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu  Iné

	Poistná suma	Poistné za skupinu
SNU	EUR	SKK
TNU	EUR	SKK
TNUP	EUR	SKK
UH	EUR	SKK
ČNL	EUR	SKK
	EUR	SKK
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**  
 Iné

Počet osôb:

Poistná suma	Poistné za skupinu
EUR <input type="text"/> SKK <input type="text"/>	<input type="text"/>
EUR <input type="text"/> SKK <input type="text"/>	<input type="text"/>
EUR <input type="text"/> SKK <input type="text"/>	<input type="text"/>
EUR <input type="text"/> SKK <input type="text"/>	<input type="text"/>
EUR <input type="text"/> SKK <input type="text"/>	<input type="text"/>
EUR <input type="text"/> SKK <input type="text"/>	<input type="text"/>
EUR <input type="text"/> SKK <input type="text"/>	<input type="text"/>

Ročné / Jednorazové poisťné za skupinu: EUR  SKK

**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:

Poistná suma	Poistné za skupinu
EUR <input type="text"/> SKK <input type="text"/>	<input type="text"/>
EUR <input type="text"/> SKK <input type="text"/>	<input type="text"/>
EUR <input type="text"/> SKK <input type="text"/>	<input type="text"/>
EUR <input type="text"/> SKK <input type="text"/>	<input type="text"/>
EUR <input type="text"/> SKK <input type="text"/>	<input type="text"/>
EUR <input type="text"/> SKK <input type="text"/>	<input type="text"/>
EUR <input type="text"/> SKK <input type="text"/>	<input type="text"/>

Ročné / Jednorazové poisťné za skupinu: EUR  SKK

**POISTNÉ**

Lehotné: EUR  SKK

Ročné / Jednorazové poisťné za zmluvu: **432** EUR  SKK

**Záverecné ustanovenia**  
 Poistník a poistený v tejto poisťnej zmluve prehlasujú, že odpovedali úplne a pravdivo v súlade so svojimi znalosťami a v dobrej viere a uviedli všetky údaje. Poistený vyhlasuje, že súhlasí, aby poisťovateľ zisťoval a preveroval jeho zdravotný stav vo všetkých zdravotníckych zariadeniach, poskytujúcich zdravotnú starostlivosť a u všetkých lekárov. Tiež splnomocňuje zástupcu poisťovateľa na právne úkony súvisiace s vyhotovením lekárskeho výpisov zo zdravotnej dokumentácie alebo k ich zapažičaniu za účelom vykonania prípadných zmien zo strany poisťovateľa a tiež k posúdeniu poisťnej udalosti. Zároveň zbavuje mlčanlivosť voči poisťovateľovi všetkých lekárov v útižkoch súvisiacich s jeho zdravotným stavom. Kópia tohto oprávnenia má takú istú platnosť ako originál.  
 Poistník v tejto poisťnej zmluve prehlasuje, že mu poisťovateľ poskytol všetky informácie potrebné na uzavretie poisťnej zmluvy, oboznámil ho so všeobecnými poisťnými podmienkami a Zmluvnými dojednaniaми dojednávaneho poistenia. Všeobecné poisťné podmienky a Zmluvné dojednania tvoria neoddeliteľnú súčasť poisťnej zmluvy.  
 Poisťovateľ bude údaje dotknutých osôb (poistník, poistený, oprávnené osoby) získavať a spracovávať v súlade so zákonom

č. 8/2008 Z.z. o poisťovníctve na účely identifikácie, uzavierania poisťných zmlúv, správy poistenia, ako aj na ďalšie zákonom stanovené účely.  
 Poisťovateľ a poistník sa dohodli, že ak je táto poisťná zmluva označená v záhlaví ako náhrada poisťnej zmluvy (poist. zmluvy), poisťná zmluva (poistné 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 dojednaniaми, 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 nahlasiť for originálneho potvrdenia banky účtu iný. V prípade zneužitia účtu alebo neoznámenej zmeny účtu nesie poisťovateľ zodpovednosť za prípadnú vzniknutú škodu.  
 Každá zo zmluvných strán môže poisťnú zmluvu vypovedať do 2 mesiacov od jej uzavretia, vypovedná lehota je 8 dní uplynutím poisťnej zmluvy zanikne.

V súlade s § 2 ods. 3) Zákona č. 650/2004 Z.z. o poisťovníctve sú všetky sumy uvedené v eurách po prepočte podľa konverzného kurzu zaokrúhľujú na dve desatinné miesta na najbližší euro cent po meny euro v Slovenskej republike sa konečné sumy v eurách po prepočte podľa konverzného kurzu zaokrúhľujú na dve desatinné miesta na najbližší euro cent po je hodnota uvedená v SKK len informatívna.

Príloha:

totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP

v **Košícach** dňa

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia (mena čitateľne)   
 uvedených údajov a v mene poisťovateľa uzatvára poistnú zmluvu  
 Súčasťou poisťnej zmluvy sú priložené dodatky:

Záznamy poisťovateľa

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

Meno a priezvisko / Obchodné meno finančného agenta, názov

Trvalý pobyt (prechodný pobyt) / Miesto podnikania / Sídlo

E-mail

Kontaktný telefón

Právna forma (pre podnikateľa/osobu)

Registračné číslo v Národnej banke Slovenska

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,  
ktorej sa informujú o možnostiach poistenia a finančných služieb

B. Meno a priezvisko osoby,  
pre ktorú má byť uzatvorené poistenie

Obchodné meno, názov právnickej osoby,  
pre ktorú má byť uzatvorené poistenie

UP ŠVAR

Trvalý pobyt / Sídlo

Kontaktný telefón

RU, SAFARIKOVÁ 112

Trvalý pobyt / Sídlo

Kontaktný telefón

Podné číslo / Účtovní číslo

Št.prist.

Číslo bankového účtu

35556919

SR

Podné číslo / IČO

Št.prist.

Číslo bankového účtu

Identifikácia:

Druh dokladu totožnosti

OP

Číslo dokladu totožnosti

Identifikácia:

Druh dokladu totožnosti

Číslo dokladu totožnosti

Platný do:

Vydaný kým:

Platný do:

Vydaný kým:

Vzťah medzi osobou "A" a "B":  
 rodinný príslušník  iný spôsob → špecifikujte: →  
 (aj viacerou možnosťami súčasne)  "A" je zamestnancom "B"  spoločajiteľ

ktorý má v úmysle využiť, resp. využíva finančné a poisťovacie služby spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, (ďalej len "klient")  
spísal tento záznam o rokovaní sprostredkovateľa poistenia s klientom vo vzťahu k uzatvoreniu 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 kontaktovania poisťovne s klientom:

klient sa aktívne ohlásil sám  internet  odporúčania  iný spôsob → špecifikujte: →  
 obchodník - telefonický kontakt  banka  list poštou  informačný leták - dotazník

KLIENT MÁ ZÁJEM DOJEDNAŤ NASLEDOVNÚ FINANČNÚ SLUŽBU/POISTENIE, RESP. ZMĚNU V POISTNEJ ZMLUVE:  
(aké obce klient)

absolventská prax, práce VPP

KLIENT MÁ VO VZŤAHU K POISTNEJ ZMLUVE Tieto šPECIFICKÉ POŽIADAVKY: (špecifikuje ekonomický účel, resp. zákonný účel využitia požadovaných finančných služieb, poistenia, alebo zmenu v poistnej zmluve)

KLIENTOVÉ ODVODY PRE VÝBER FINANČNÝCH SLUŽIEB POISŤOVNE, NA ZÁKLADE KTORÝCH SPROSTREDKOVATEĽ POISTENIA POSKYTUJE SVOJE ODPORÚČANIE PRE VÝBER DANÉHO POISTNÉHO PRODUKTU SPOJENÉHO S PREDPISANÝMI FIN.OPERÁCIAMI:

ochrana pred úrazom; finančné ocenenie

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

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

poistenie pre prípad smrti následkom úrazu, trvalé následky úrazu, bežný úraz

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

v prípade poistnej udalosti vyplatí poisťovňa plnenie do výšky limitov pre dané poistné krytie

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

KLIENT VÝSLOVNE DOMNIELO, VYUŽÍŤ NASLEDOVNÉ FINANČNÉ POISTNÉ SLUŽBY (POISTNÉ PRODUKTY) AJ NAPRIEK UPOZORNENÍU SPROSTREDKOVATEĽA POISTENIA NA MOŽNOSŤ ICH VYUŽITIA:

klient nemá záujem o žiadne iné poistenie

PREHLÁŠENIE / POTVRDENIE

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 slobovej vety by klienta je číslo pripravovanej poistnej zmluvy/poistného návrhu →

Sem vplňte číslo pripravovanej a pripravovanej poistnej zmluvy.

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. Klient zároveň berie na vedomie, že tento záznam nie je návrhom na uzavretie poistnej zmluvy

iskoprávných predložení

základe jeho d

Sprostredkovateľ poistenia

Rožňava

dňa

čas

jednania

(hod.min.)

Sprostredkovateľ poistenia / podpis  
klienta (všetky meno a priezvisko osoby  
castujúcej tohto makléra)

Meno a priezvisko finančného agenta (ak je iný ako makléra)

\* vyhradil len v prípade rokovania o možnosti uzavretia ZP

INŠTRUKCIA PRE SPROSTREDKOVATEĽA POISTENIA: Táto strana formulára (strana 1/4) je povinné vyplniť vždy (t.j. pri rokovaní o možnosti uzavretia akéhokoľvek druhu poistenia.)

uzaviera

Dodatok č. .... k poisťovej zmluve č.

3331142031

s

Poistník:

Titul, meno a priezvisko / obchodné meno: MRŠVAR ROŽŤIVA

Rodné číslo, resp. IČO: 35556919

Ulica, č. domu, obec: 04807 ROŽŤIVA, ŠAFARIKOVA 112

Zmluvné strany sa dohodli na nasledovných zmenách s účinnosťou

od 14.11.2014

1. Poistník podpisom Dodatku k poisťovej zmluve dáva súhlas na spracovanie osobných údajov v informačnom systéme poisťovateľa na účely priameho marketingu poisťovateľa (najmä informácie o novinkách, akciách a zľavách, ako aj o súťažiach, poisťovních produktoch, poskytovaných online službách a pod.) po dobu trvania poisťovného vzťahu:

ÁNO  NIE

2. Poisťovňa informuje poistníka, že jeho osobné údaje spracúva 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 dáva poisťovní súhlas, aby po dobu nevyhnutnú na zabezpečenie výkonu práv a povinností, vyplývajúcich z tejto poisťovej zmluvy jeho osobné údaje v rozsahu podľa § 47 zákona č. 8/2008 Z.z. poskytovala, sprístupňovala a cezhranične prenášala právnickým osobám podnikajúcim v poisťovníctve, právnickým a fyzickým osobám poskytujúcim služby finančného sprostredkovania a finančného poradenstva podľa osobitného predpisu. 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 poisťovne.

3. Podpisom Dodatku k poisťovej zmluve potvrdzuje, že prevzal nasledovné poisťovné podmienky, ktoré v plnom rozsahu nahrádzajú VPP a zmluvné dojednania doteraz platné pre vyššie uvedenú PZ:

VPP 1000-1

Ostatné skutočnosti uvedené v poisťovej zmluve zostávajú nezmenené.

Poistník podpisom Dodatku k poisťovej zmluve potvrdzuje, že obsah Dodatku mu je známy, s jeho obsahom súhlasí a na znak tohto Dodatku podpisuje.

V Rožňava, dňa .....

podpis poistníka

pečiatka a podpis poisťovne