

VS 42/2014

SKUPINOVÉ POISTENIE

Návrh poistnej zmluvy pre úrazové poistenie

KOMUNÁLNA poisťovňa

VIENNA INSURANCE GROUP

KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group

Štelánikova 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

Varlabilný symbol

POISTNÍK

Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko) / názov firmy: **UPSVAR TRNAVA**

Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / sídlo: **JANA BOTTU 7.4 TRNAVA**

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

PSČ: **911 00** Mobilný telefón/Tel. kontakt: _____

PSČ: _____

Dátum narodenia: _____ Rodné číslo / IČO: **348 975 62** Miesto narodenia: _____ Štátna príslušnosť: _____

Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa): _____

Zamestnanie - druh, funkcia, povolenie, typ pracovnej činnosti / Štatutárny zástupca: **ING. IGOR VALEK**

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. zatať neurčujem (osoba (osoby) v zmysle § 817 Občianskeho zákonníka) 2. manžel/manželka deti rodičia matka otec 3. osoba určená menom (vypíšte podoba nižšie)

Povinné údaje sú: priezvisko, meno a rodné číslo (alebo dátum narodenia), resp. v prípade právnickej osoby názov, IČO (uvádzajte len v prípade, ak ste označili bod 3.) % z poist. plnenia

ĎALŠIE DOJEDNANIA

Začiatok poistenia: **01082014** Koniec poistenia: **31122014** Doba poistenia: určitá neurčitá

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

Spôsob platenia: prevodom z účtu DPU 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

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť _____

pracovná činnosť _____

Riziková skupina: _____

<input checked="" type="checkbox"/> Smrť následkom úrazu	SNU	3000 EUR	723 EUR
<input checked="" type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu	TNU	3300 EUR	739 EUR
<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	_____ EUR	_____ EUR
<input type="checkbox"/> Hospitalizácia následkom úrazu	UN	_____ EUR	_____ EUR
<input checked="" type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	800 EUR	3883 EUR
<input checked="" type="checkbox"/> Iné PLNÁ INVALIDITA ÚRAZOM	PIU	1600 EUR	315 EUR

Počet osôb: **400**

Ročné / Jednorazová poistná za skupinu: **644**

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina: Smrť následkom úrazu SNU Trvalé následky úrazu TNU Trvalé následky úrazu s progresívnym pľením TNUP Hospitalizácia následkom úrazu UN Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu ČNL Iné

Polisťná suma	Polisťná za skupinu
EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR

Počet osôb: Ročná / Jednorazová poisťná 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 pľením TNUP Hospitalizácia následkom úrazu UN Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu ČNL Iné

Polisťná suma	Polisťná za skupinu
EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR

Počet osôb: Ročná / Jednorazová poisťná 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 pľením TNUP Hospitalizácia následkom úrazu UN Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu ČNL Iné

Polisťná suma	Polisťná za skupinu
EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR

Počet osôb: Ročná / Jednorazová poisťná za skupinu: EUR

Príjemca výplavy: Príjemca výplavy: Príjemca výplavy:

Príjemca výplavy: Príjemca výplavy: Príjemca výplavy:

Príjemca výplavy: Príjemca výplavy: Príjemca výplavy:

Príjemca výplavy: Príjemca výplavy: Príjemca výplavy:

Príjemca výplavy: Príjemca výplavy: Príjemca výplavy:

Príjemca výplavy: Príjemca výplavy: Príjemca výplavy:

Príjemca výplavy: Príjemca výplavy: Príjemca výplavy:

Príjemca výplavy: Príjemca výplavy: Príjemca výplavy:

Príjemca výplavy: Príjemca výplavy: Príjemca výplavy:

Príjemca výplavy: Príjemca výplavy: Príjemca výplavy:

Príjemca výplavy: Príjemca výplavy: Príjemca výplavy:

Príjemca výplavy: Príjemca výplavy: Príjemca výplavy:

Príjemca výplavy: Príjemca výplavy: Príjemca výplavy:

Príjemca výplavy: Príjemca výplavy: Príjemca výplavy:

Príjemca výplavy: Príjemca výplavy: Príjemca výplavy:

Príjemca výplavy: Príjemca výplavy: Príjemca výplavy:

Príjemca výplavy: Príjemca výplavy: Príjemca výplavy:

Príjemca výplavy: Príjemca výplavy: Príjemca výplavy:

Príjemca výplavy: Príjemca výplavy: Príjemca výplavy:

Príjemca výplavy: Príjemca výplavy: Príjemca výplavy:

Príjemca výplavy: Príjemca výplavy: Príjemca výplavy:

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

Meno a priezvisko / Meno a priezvisko spoločnosti
Zuzana Kalivodová

Trvalý alebo pracovný pobyt / Miesto podnikania / Sídlo
Hlavná 22, Trnava

Prvá litera (pre podnikajúcej osobu)
ROZ

Registračné číslo v Narodnej banke Slovenska

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

A. Meno a priezvisko osoby, ktorá sa informuje o možnostiach poistenia a finančných služieb

Ing. Igor Válek

Trvalý pobyt / Sídlo
 Kontaktný telefón

Obec / Číslo / Datum narodenia
 SR

Číslo bankového účtu*

Identifikácia
 Orah dokladu totožnosti
 Číslo dokladu totožnosti

Platný do: Vydaný kým:

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

UPSVar Trnava

Trvalý pobyt / Sídlo
 Kontaktný telefón

Obec / Číslo / Datum narodenia
 SR

Číslo bankového účtu*

Identifikácia
 Orah dokladu totožnosti
 Číslo dokladu totožnosti

Platný do: Vydaný kým:

Tzích medzi osobou "A" a "B":
 rodinný príslušník
 iná osoba → špecifikuje: **riaditeľ**
 "A" je zamestnancom "B"
 spolunajímateľ

ktorý má v úmysle využiť, resp. využívať finančné a poisťovne 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.

Spôsob kontaktovania poisťovne s klientom:
 keď sa aktívne ohlásil sám
 internet
 odporúčanie
 iný spôsob → špecifikuje:
 obchodník - telefonický kontakt
 banka
 listu poštou
 informačný leták - dotazník

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

KLIENT MÁ ZÁJEM DOJEDNAŤ NASLEDOVNÚ FINANČNÚ SLUŽBU/POISTENIE, BEZP. ZMENU V POISTNEJ ZMLUVE (toto chce klient)

KLIENT MÁ VO VZŤAHU K POISTNEJ ZMLUVE TIETO ŠPECIFICKÉ POŽIADAVKY: (špecifikuje ekonomický cieľ, resp. zákonný účel využitia požadovaných finančných služieb, poistenia, alebo zmien v poistnej zmluve)

1. Skupinové úrazové poistenie

2. Poistenie poberateľov dávok v hmotnej núdzi

KLIENTOVÉ ODVODY PRE VYBER FINANČNÝCH SLUŽIEB POISŤOVNE, NA ZÁKLADE KTORÝCH SPROSTREDKOVATEĽ POISTENIA POSKYTUJE SVOJE SLUŽBY, SÚ ZÁMIE PRE VYBER DANÉHO POISTNÉHO PRODUKTU SPOJENÉHO S PREDPÍSANÝMI FIN. OPERÁCIAMI.

3. Klienti majú záujem byť poistení v prípade poistnej udalosti

4. Poistenie skupinové úrazové

POISTNÉ RIZIKÁ - POPIS POISTENIA ALEBO SÚBORU POISTENÍ, KTORÉ MÔŽU BYŤ DOJEDNANÉ V POISTNEJ ZMLUVE (POISTNÝ PROGRAM) / HLAVISKA POISTNÝCH RIZÍK:

5. škody na zdraví a úmrtí

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):

KLIENT VÝSLOVNE ODMIEŤA VYUŽÍŤ NASLEDOVNÉ FINANČNÉ/POISTNÉ SLUŽBY (POISTNÉ PRODUKTY) AJ NAPRIEK UPOZORNENIU SPROSTREDKOVATEĽA POISTENIA NA MOŽNOSŤ ICH VYUŽITIA:

7. klient nemá záujem o ďalšie poistenie

PREHLÁSENIE / 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 slobodnej voľby klienta je číslo pripravovanej poistnej zmluvy/poistného súboru

Sam vypláča: číslo pripravovanej a pripravovanej poistnej zmluvy:
2802900444

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 spracované 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 niektorou zo zúčastnených strán v zmysle príslušných občianskoprávných predpisov.

Sprostredkovateľ: (mnenia týmto vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že identifikoval a overil identifikáciu i. osobníka i. z. základe jeho dokladu totožnosti (OP/pas))

Trnava dňa _____ čas _____ jednania (hod. min.)

Zuzana Kalivodová Meno a priezvisko sprostredkovateľa poistenia / podpis (v prípade in. agenta - makléra - vedľa mena a priezviska osoby zastupujúcej tohto makléra)

Ing. Igor Válek Meno a priezvisko _____ (vzťahujúci sa na klienta)