

Číslo návrhu 091 0089870		Číslo poisťnej zmluvy			
Získateľ 1 885689	Podiel 100%	Získateľ 2	Podiel		
E-mail získateľa larulova@koop.sk		Telefón získateľa 0905 991 636			

NÁVRH POISŤNEJ ZMLUVY PRE ÚRAZOVÉ POISŤENIE – PRODUKT

U5 U15 U13 U14

A. POISŤNÍK / POISŤENÝ (ak nie je poistená iná osoba)

Priezvisko / Názov firmy PSYCHIATRICKÁ NEHOCNICA		Meno, titul HROUNOVE		Rodné číslo / IČO 00 60 72 66	
Číslo OP	Povolanie – oblasť podnikania (špecifikovať – zamestnaný, nezamestnaný, SZČO)			Stav	Štát Štát. prisl.
Miesto narodenia			Priemerný čistý mesačný príjem		
Adresa trvalého bydliska – ulica, číslo J. J. ZELENÁKA 65		PSČ 93561	Miesto – dodacia pošta HROUNOVE		
Adresa pre korešpondenciu – ulica, číslo PETTO		PSČ	Miesto – dodacia pošta		
Bankové spojenie – peňažný ústav	Kód banky	Číslo účtu	Špecifický symbol		
Mobilný telefón/telefonický kontakt LDIHO CRUDHOVA, Ing. 036/7574295			E-mail		

B1. POISŤENÝ (ak je iný ako poisťník)

Priezvisko LEPONIOVA		Meno, titul MARIA		Rodné číslo 8351 08 66 78	
Číslo OP ZELIEVOU	Povolanie – oblasť podnikania (špecifikovať – zamestnaný, nezamestnaný, SZČO) NEZAMESTNANÁ			Stav NOB.	Štát Štát. prisl. SR
Miesto narodenia ST 699345			Priemerný čistý mesačný príjem 0		
Adresa trvalého bydliska – ulica, číslo HUIERDOSLAVOVA 5		PSČ 93701	Miesto – dodacia pošta ZELIEVOU		
Mobilný telefón/telefonický kontakt 0940 582 566			E-mail		

C. OBSAH POISŤENIA

Začiatok poistenia 01. 11. 2015	Koniec poistenia, koniec platenia poisťného 30. 04. 2016	Zlava za čiastočný výkon v % 40%
Poistená činnosť <input type="checkbox"/> všetky činnosti zaradené do rizikovej skupiny 1 až _____ <input checked="" type="checkbox"/> činnosť STAROSTLIVOSŤ O OSOBY ODVIAZANÉ NA STAROSTLIVOSŤ INÝCH OSÔB		
v rizikovej skupine II v rozsahu 4 hod./DEN		

Druh poistenia	Poistná suma (ročný dôchodok denné odškodné) v EUR	Zľava v %	Mesačné (jednorazové) poistné v EUR	Poistné obdobie a spôsob platenia poistného: <input type="checkbox"/> 1 - ročne <input type="checkbox"/> 2 - polročne <input type="checkbox"/> 4 - štvrťročne <input type="checkbox"/> 6 - mesačne Poistné obdobie sa začína vždy v deň zhodný s dňom v dátume začiatku poistenia.
<input checked="" type="checkbox"/> Smrť úrazom	3 600,00	30%	3,33	
<input checked="" type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu	3 300,00		4,71	
<input checked="" type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia úrazu alebo <input type="checkbox"/> denné odškodné za práceneschopnosť po úraze	900,00		2,80	
<input type="checkbox"/> Invalidita násl. úrazu s výplatom dôchodku alebo <input type="checkbox"/> invalidita násl. úrazu s výplatom poistnej sumy	—		—	
Mesačné (jednorazové) poistné celkom:			10,84	
Celkové lehotné poistné, resp. jednorazové poistné po zľave <u>40</u> % za čiastočný výkon a po zľave _____ % za spôsob platenia poistného:			6,50	

Druh platby:

- IS - inkaso z účtu platiteľa (SLSP, a.s.)
 IU - inkaso z účtu platiteľa (UniCredit Bank, a.s.)
 KN - bankový prevod bez zasielania avíza na úhradu
 KZ - bankový prevod so zasielaním avíza na úhradu
 PZ - poštový peňažný poukaz

Poistné za prvé poistné obdobie je 6,50 EUR a

bolo zaplatené v hotovosti na inkasný blok číslo _____

na jeho úhradu bol vydaný poštový peňažný poukaz U

Od začiatku tohto poistenia sa ruší poistná zmluva číslo:

NOVA

PRÁVO NA PLNENIE za trvalé následky úrazu, čas nevyhnutného liečenia, plnú invaliditu a práceneschopnosť má poistený. Právo na výplatu plnenia za úmrtie poisteného má osoba alebo osoby (meno, priezvisko, rodné číslo alebo dátum narodenia, prípadne podiel na plnení), resp. právnická osoba (obchodný názov, IČO):

Osoba (osoby) v zmysle § 817 Občianskeho zákonníka

ROZSAH NÁROKOV A ZMLUVNÉ DOJEDNANIA

Poistením sú kryté v plnom rozsahu iba pracovné a mimopracovné aktivity poisteného, zaradené do rizikovej skupiny uvedenej v poistnej zmluve, prípadne rizikovej skupiny nižšieho stupňa. Ak je v poistnej zmluve poistená činnosť špecifikovaná (produkt U13, U14), poisťovňa plní iba za úrazy, ktoré sa stali pri vykonávaní tejto činnosti.

Poistený je povinný bezodkladne oznámiť poisťovni všetky zmeny počas poistenia, ktoré majú vplyv na jeho zaradenie do rizikovej skupiny. V prípade, že poistený utrpí úraz pri pracovnej alebo mimopracovnej činnosti, ktorá patrí do vyššej rizikovej skupiny, než bola dojednaná v poistnej zmluve, poisťovňa primerane zníži výšku plnenia.

Poisťovňa poskytne v prípade úrazu poisteného, ktorý sa stal počas doby poistenia, poistné plnenie z tých rizík, ktoré sú v poistnej zmluve dojednané (obsah poistenia).

V prípade smrti následkom úrazu vyplätí poisťovňa v zmysle Všeobecných poistných podmienok pre úrazové poistenie dohodnutú poistnú sumu pre prípad smrti následkom úrazu.

V prípade trvalých následkov úrazu, ktorý sa stal poistenému v dobe platenia poistného, vyplätí poisťovňa po ich ustálení a v súlade so Všeobecnými poistnými podmienkami pre úrazové poistenie príslušné percento z dojedanej poistnej sumy pre trvalé následky úrazu podľa tabuľky B v „Zásadách a tabuľkách pre hodnotenie telesných poškodení v úrazovom poistení“ poisťovne KOOOPERATIVA, a. s. Vienna Insurance Group (ďalej len „Zásady“), platných v čase vzniku úrazu.

V prípade úrazu poisteného v dobe trvania poistenia, ak čas, ktorý je podľa poznatkov vedy obvykle potrebný na zahojenie alebo ustálenie telesného poškodenia, je najmenej 15 dní, vyplätí poisťovňa podľa Všeobecných poistných podmienok pre úrazové poistenie za čas nevyhnutného liečenia príslušné percento z poistnej sumy pre čas nevyhnutného liečenia, zodpovedajúce priemernej dobe liečenia telesného poškodenia podľa tabuľky A v „Zásadách“ platných v čase vzniku úrazu.

Vypíňa poisťovňa

Návrh odoslaný dňa:	Prezentačná pečiatka	Taxoval:	Dňa:	Návrh prijatý dňa:
		Oceňoval:	Dňa:	

Nevybíelené plochy vyplňuje poisťovňa!

V prípade práceneschopnosti poisteného následkom úrazu, ktorý sa stal v dobe trvania poistenia, a ak táto práceneschopnosť trvala minimálne 7 dní, vypláti poisťovňa za každý deň práceneschopnosti, maximálne však za dobu jedného roka, dojednanú sumu denného odškodného za práceneschopnosť v súlade so Všeobecnými poisťnými podmienkami pre úrazové poistenie.

Ak bol poistenému v dobe trvania poistenia priznaný plný invalidný dôchodok zo sociálneho zabezpečenia výlučne v dôsledku úrazu, ktorý sa stal v dobe trvania poistenia, poisťovňa v súlade so Všeobecnými poisťnými podmienkami

pre úrazové poistenie v závislosti od dojednaní v poistnej zmluve vypláti v priebehu nasledujúcich piatich rokov vždy 1/5 dojednanej poistnej sumy pre prípad plnej invalidity (za predpokladu zotrvania plnej invalidity), alebo bude počas plnej invalidity vyplácať mesačne invalidný dôchodok. Invalidný dôchodok poisťovňa vypláca najdlhšie do výročného mesiaca začiatku výplaty invalidného dôchodku v roku, v ktorom sa poistený dožije 65 rokov. Poistenie plnej invalidity sa končí najneskôr vo výročný deň začiatku poistenia v roku, v ktorom sa poistený dožije 65 rokov. Poistenie sa vzťahuje iba na prvú poistnú udalosť.

Pre toto poistenie platia príslušné ustanovenia zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov, Všeobecných poisťných podmienok pre úrazové poistenie č. 806 a zmluvné dojednaní v poistnej zmluve. Jednorazové poistné a poistné za prvé poistné obdobie je splatné v deň začiatku poistenia. Poistné na ďalšie poistné obdobia sú splatné vždy v prvý deň dojednaného poistného obdobia. Poistenie môže zaniknúť aj výpoveďou poistníka alebo poisťovne do dvoch mesiacov po uzavretí poistnej zmluvy. Výpovedná lehota je osemdenná a po jej uplynutí poistenie zanikne.

PREHLÁSENIE POISTNÍKA, POISTENÉHO, RESP. ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU MALOLETÉHO DIETĀĽA

Poistený a poistník 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 prehlasuje, že v súlade s § 793 si splnil svoju informačnú povinnosť odpovedať pravdivo a úplne na všetky otázky týkajúce sa dojednávania poistenia, v opačnom prípade má poisťovňa právo postupovať v zmysle čl. 4 ods. 4, 5 a 6 VPP č. 806. Podpísaním návrhu poistnej zmluvy poistený dáva súhlas, aby poisťovňa v súvislosti s uzavretím poistenia, poistnou udalosťou či zvyšovaním poistného krytia v prípade potreby zisťovala zdravotný stav poisteného. V tejto súvislosti oprávňuje každého lekára, ktorý jeho osobu doteraz ošetroval alebo bude ošetrovať, aby obchodnej spoločnosti KOOPERATIVA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group poskytol informácie o jeho zdravotnom stave.

Poistník podpísaním tohto návrhu poistnej zmluvy záväzne potvrdzuje, že peňažné prostriedky použité na úhradu poistného sú v jeho vlastníctve a koná na vlastný účet. Poistník súhlasí, aby v súlade so znením Všeobecných poisťných podmienok č. 806 v prípade zvýšeného rizika smrti, invalidity alebo úrazu (za povolanie, záujmovú činnosť, zdravotný stav) poisťovňa bez jeho dodatočného súhlasu primerane, maximálne však o 10 %, zvýšila poistné pri zachovaní dojednaného poistného krytia. Poistník súhlasí, aby vzhľadom na vznikajúce rozdiely medzi manuálnym výpočtom poistného zo sadzovníka a výpočtom v systéme, poisťovňa bez jeho dodatočného súhlasu primerane, maximálne však o 0,05 EUR, zvýšila poistné pri zachovaní dojednaného poistného krytia.

Poistník svojím podpisom potvrdzuje, že mu boli odovzdané poistné podmienky č. 806, vzťahujúce sa k uzatvorenému poisteniu v písomnej forme pri podpise návrhu poistnej zmluvy.

Poistník podpisom poistnej zmluvy 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, poisťných produktoch a poskytovaných online službách a pod.) po dobu trvania poistného vzťahu:

ÁNO NIE

Poistník v súlade s § 12 ods. 2 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 84/2014 Z.z. dáva svoj súhlas, 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 a združeniam týchto subjektov podnikajúcim v poisťovníctve, zmluvným partnerom poisťovne (zoznam zmluvných partnerov je uverejnený na www.kooperativa.sk), iným oprávneným subjektom, do iných členských štátov EÚ, v prípade ak to bude nevyhnutné na zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností z 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. Zároveň berie na vedomie, že text poučenia je možné nájsť aj na webovej stránke poisťiteľa.

30.10.2011

dátum uzavretia poistenia

Psychiatrická
ul. Dr. J. Zeleného
935 61 HRONOVCE

podpis poistníka

K Kuffa
podpis poisteného
(ak je iný ako poistník)

Kooperativa
VIENNA INSURANCE
POISŤOVŔA
Lokator
meno a podpis
obchodného zástupcu poisťovne
(čitateľne)

Záznamy o dojednaní poistenia: