

Číslo návrhu <b>091 0093689</b>		Číslo poisťnej zmluvy			
Získateľ 1 <i>Janča P</i>	Podiel <i>700</i>	Získateľ 2	Podiel		
E-mail získateľa <i>Jančaova@koop.sk</i>		Telefón získateľa <i>0905 936 36</i>			



2220-0910093689

**NÁVRH POISŤNEJ ZMLUVY PRE ÚRAZOVÉ POISŤENIE  
- PRODUKT**

U5     U15     U13     U14

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

Priezvisko / Názov firmy <i>NECHAJDICH NEVROVNA</i>		Meno, titul <i>HROVCE</i>		Rodné číslo / IČO <i>00607266</i>		
Číslo OP	Povolanie - oblasť podnikania (špecifikovať - zamestnaný, ne-zamestnaný, SZČO)			Stav	Štát	Štát. prísl.
Miesto narodenia			Priemerný čistý mesačný príjem			
Adresa trvalého bydliska - ulica, číslo <i>N. J. ZELENYAKA 65</i>		PSČ <i>935 67</i>	Miesto - dodacia pošta <i>HROVCE</i>			
Adresa pre korešpondenciu - ulica, číslo <i>NETO</i>		PSČ	Miesto - dodacia pošta			
Názov peňažného ústavu	Číslo účtu v tvare IBAN					
Mobilný telefón/telefonický kontakt			E-mail			

**B1. POISŤENÝ (ak je iný ako poistník)**

Priezvisko <i>BANDOVA</i>		Meno, titul <i>DIAK</i>		Rodné číslo <i>9856092497</i>		
Číslo OP <i>EK 632744</i>	Povolanie - oblasť podnikania (špecifikovať - zamestnaný, ne-zamestnaný, SZČO) <i>NEZAMESTNANÁ</i>			Stav <i>SVOB.</i>	Štát <i>SK</i>	Štát. prísl.
Miesto narodenia <i>ZELEZOVCE</i>			Priemerný čistý mesačný príjem			
Adresa trvalého bydliska - ulica, číslo <i>HROVCE 1571</i>		PSČ <i>935 67</i>	Miesto - dodacia pošta <i>HROVCE</i>			
Mobilný telefón/telefonický kontakt <i>0944 006277</i>			E-mail			

**C. OBSAH POISŤENIA**

Začiatok poistenia <i>01.11.2016</i>	Koniec poistenia, koniec platenia poisťného <i>30.04.2017</i>	Zľava za čiastočný výkon v % <i>40%</i>
Poistená činnosť <input type="checkbox"/> všetky činnosti zaradené do rizikovej skupiny 1 až ..... <input checked="" type="checkbox"/> činnosť <i>STAROSTLIVOSŤ O OSOBY ODKÁZANÉ NA STAROSTLIVOSŤ INÝCH OSÔB</i>		
v rizikovej skupine <i>II.</i> v rozsahu <i>4 hod./deň</i>		

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 - štvrtročne <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	3000,00	30%	3,33	
<input checked="" type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu	3300,00		4,71	
<input checked="" type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia úrazu alebo	900,00		2,80	Od začiatku tohto poistenia sa ruší poistná zmluva číslo:  <i>NOVA</i>
<input type="checkbox"/> denné odškodné za práceneschopnosť po úraze	-		-	
<input type="checkbox"/> Invalidita násl. úrazu s výplatom dôchodku alebo	-		-	
<input type="checkbox"/> invalidita násl. úrazu s výplatom poistnej sumy	-		-	
<b>Mesačné (jednorazové) poistné celkom:</b>			10,84	
<b>Celkové lehotné poistné, resp. jednorazové poistné</b>			6,50	
po zľave <i>40%</i> % za čiastočný výkon a				
po zľave ..... % za spôsob platenia poistného:				

**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** vyplatí 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, vyplatí poisťovňa po ich

ustálení a v súlade so Všeobecnými poistnými podmienkami pre úrazové poistenie príslušné percento z dojednanej poistnej sumy pre trvalé následky úrazu podľa tabuľky B v „Zásadách a tabuľkách pre hodnotenie telesných poškodení v úrazovom poistení“ poisťovne KOOPERATIVA, 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, vyplatí 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.

**V prípade práceneschopnosti** poisteného následkom úrazu, ktorý sa stal v dobe trvania poistenia, a ak táto práceneschopnosť trvala minimálne 7 dní, vyplatí poisťovňa za každý deň práceneschopnosti, maximálne však za dobu jed-

#### Vypíňa poisťovňa

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

Nevybielené plochy vyplňuje poisťovňa!



ného 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 poisťnej zmluve vyplatí v priebehu nasledujúcich piatich rokov vždy

1/5 dojednanej poisťnej 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 poisťnú 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. 807 a zmluvné dojednaní v poisťnej 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 poisťníka alebo poisťovne do dvoch mesiacov po uzavretí poisťnej zmluvy. Výpovedná lehota je osemenná a po jej uplynutí poistenie zanikne.**

### PREHLÁSENIE POISŤNÍKA, POISŤENÉHO, RESP. ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU MALOLETÉHO DIEŤAŤA

**Poistený a poisťník** 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 dojednávaného poistenia, v opačnom prípade má poisťovňa právo postupovať v zmysle čl. 4 ods. 4, 5 a 6 VPP č. 807. Podpísaním návrhu poisťnej zmluvy poistený dáva súhlas, aby poisťovňa v súvislosti s uzavretím poistenia, poisťnou 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 KOOOPERATIVA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group poskytol informácie o jeho zdravotnom stave.

Poisťník podpísaním tohto návrhu poisťnej zmluvy záväzne potvrdzuje, že peňažné prostriedky použité na úhradu poistného sú v jeho vlastníctve a koná na vlastný účet. **Poisťník** súhlasí, aby v súlade so znením Všeobecných poisťných podmienok č. 807 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.

**Poisťník** 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.

**Poisťník** svojím podpisom potvrdzuje, že mu boli odovzdané poistné podmienky č. 807, vzťahujúce sa k uzatvorenému poisteniu v písomnej forme pri podpise návrhu poisťnej zmluvy. **Poisťník** svojím podpisom prehlasuje, že s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poisťnej zmluvy bol písomne oboznámený s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatváraného poistenia prostredníctvom Formulára o dôležitých zmluvných podmienkach uzatváranej poisťnej zmluvy, ktorý prevzal od sprostredkovateľa poistenia.

Poisťník podpisom poisťnej 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**

Poisťovňa informuje poisťníka, 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 § 78 zákona č. 39/2015 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Svoj súhlas dáva v súlade s § 12 ods. 2 zákona č. 122/2013 Z.z., aby osobné údaje získané touto poisťnou zmluvou a v rozsahu tejto poisťnej zmluvy poskytla poisťovňa 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 poisťnej zmluvy. Poisťník 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 takáto poučenia je možné nájsť aj na webovej stránke poisťiteľa.

31.10.2016  
dátum uzavretia poistenia

Psychiatrické nemocnica Hronovce  
ul. Dr. J. Zeleňáka 65  
935 61 HRONOVCE  
- 5 -  
podpis poisťníka

Bunda  
podpis poisteného  
(ak je iný ako poisťník)

Kooperativa  
VIENNA INSURANCE GROUP  
KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group  
AGENTÚRA HRONOVCE  
Mierova 6, 935 61 Hronovce  
meno a podpis  
zástupcu poisťovne  
(čitateľne)

Záznamy o dojednaní poistenia: