

Číslo návrhu 091 0092206		Číslo poisťnej zmluvy			
Ziskateľ 1 <i>885689</i>	Podiel <i>100%</i>	Ziskateľ 2	Podiel		
E-mail ziskateľa <i>laszlova@koop.sk</i>		Telefón ziskateľa <i>0905991636</i>			



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

U5 U15 U13 U14

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

Priezvisko / Názov firmy <i>PSYCHIATRICKÁ NEUROLOGIA</i>		Meno, titul <i>MIRONOVCE</i>		Rodné číslo / IČO <i>RO 607266</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>Dr. J. ZELENYÁKA 65</i>		PSČ <i>92561</i>	Miesto - dodacia pošta <i>MIRONOVCE</i>			
Adresa pre korešpondenciu - ulica, číslo <i>PETIT</i>		PSČ	Miesto - dodacia pošta			
Názov peňažného ústavu	Číslo účtu v tvare IBAN					
Mobilný telefón/telefonický kontakt <i>0917 686 207</i>			E-mail			

B1. POISŤENÝ (ak je iný ako poisťník)

Priezvisko <i>BLANÁROVÁ</i>		Meno, titul <i>EDIKA, Mgr.</i>		Rodné číslo <i>83 62 14 66 83</i>		
Číslo OP <i>EB 267344</i>	Povolanie - oblasť podnikania (špecifikovať - zamestnaný, ne-zamestnaný, SZČO) <i>NEZAMESTNANÁ</i>			Stav <i>VDP</i>	Štát <i>SR</i>	Štát. prísl.
Miesto narodenia <i>ZELEZOVCE</i>			Priemerný čistý mesačný príjem <i>0</i>			
Adresa trvalého bydliska - ulica, číslo <i>SLNEČNÁ 167/6</i>		PSČ <i>92561</i>	Miesto - dodacia pošta <i>ZELEZOVCE</i>			
Mobilný telefón/telefonický kontakt <i>0908 629807</i>			E-mail			

C. OBSAH POISŤENIA

Začiatok poistenia <i>01.06.2017</i>	Koniec poistenia, koniec platenia poisťného <i>30.11.2017</i>	Zľava za čiastočný výkon v % <i>10%</i>
Poistená činnosť <input type="checkbox"/> všetky činnosti zaradené do rizikovej skupiny 1 až		
<input checked="" type="checkbox"/> činnosť <i>STADZISTIVOSŤ V ROZSAHU ODKAZANÉ NA STADZISTIVOSŤ 11.9.2017</i>		
v rizikovej skupine <i>11</i> v rozsahu <i>4 hod./deň</i>		



2222-0910092206

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK U5 U15
K POISTNEJ ZMLUVE U13 U14

 Číslo návrhu
091 0092206
D. ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK - VŽDY VYPLŇUJE POISTENÁ OSOBA (resp. zákonný zástupca maloletého poisteného)

1. Trpíte alebo ste trpeli na nejakú chorobu, prípadne poruchu zdravia (napr. srdca, krvného tlaku, krvi, látkovej výmeny, tráviaceho traktu, dýchacích orgánov, žliaz, kostí, kĺbov, chrbtice, nervov, pečene, obličiek, pohlavných orgánov), resp. utrpeli ste niekedy úraz s dobou liečenia viac ako 2 týždne?	<input type="checkbox"/> áno <input checked="" type="checkbox"/> Uvedte - druh ochorenia: - liečba odkedy: - liečba dokedy: - súčasný stav, prípadne komplikácie: - úraz / postihnutá časť tela: - liečba odkedy: - liečba dokedy: - súčasný stav, prípadne komplikácie: Zanechal úraz trvalé následky? Ak áno, aké?	<input checked="" type="checkbox"/> nie
2. Boli ste niekedy v minulosti liečený(á), operovaný(á) alebo vyšetrovaný(á) v nemocnici, sanatóriu alebo v liečebnom ústave?	<input type="checkbox"/> áno <input checked="" type="checkbox"/> Kedy? Prečo? Kde?	<input checked="" type="checkbox"/> nie
3. Boli ste liečený(á) ožarovaním alebo chemoterapiou?	<input type="checkbox"/> áno <input checked="" type="checkbox"/> Kedy? Prečo? Kde?	<input checked="" type="checkbox"/> nie
4. Boli u Vás zistené chorobné zmeny - odchýlky od normy (napr. EKG; krvný tlak, röntgen, laboratórne vyšetrenia), infekcia HIV, prípadne príznaky oslabenej imunity?	<input type="checkbox"/> áno <input checked="" type="checkbox"/> Aké? Kedy?	<input checked="" type="checkbox"/> nie
5. Máte telesnú vadu, poruchu, zdravotný problém (napr. deformácia chrbtice, následky úrazu alebo detskej obrny), poruchy zraku alebo sluchu? (V prípade poruchy zraku uviesť počet dioptrií. V prípade poruchy sluchu doložiť aktuálny audiogram.)	<input checked="" type="checkbox"/> áno <input checked="" type="checkbox"/> Akú(y)? Odkedy? DIOPTRIE: 7,5	<input type="checkbox"/> nie
6. Ste invalidný dôchodca?	<input type="checkbox"/> áno <input checked="" type="checkbox"/> Druh invalidného dôchodku: <input type="checkbox"/> čiastočný (pokles vykonávať zárobkovú činnosť je 70 % a menej) Odkedy, pre aké ochorenie, resp. následky úrazu? <input type="checkbox"/> plný (pokles vykonávať zárobkovú činnosť je viac ako 70 %) Odkedy, pre aké ochorenie, resp. následky úrazu?	<input checked="" type="checkbox"/> nie
7. Užívate alebo ste užívali pravidelne lieky (napr. na srdce, cukrovku, proti vysokému tlaku, na štítnu žľazu, proti bolesti, na upokojenie)?	<input type="checkbox"/> áno <input checked="" type="checkbox"/> Aké lieky (názov)? Odkedy - dokedy? Pre aké ochorenie? Adresa zdravotníckeho zariadenia a meno lekára, ktorý liečbu stanovil:	<input checked="" type="checkbox"/> nie
8. Ste v súčasnosti práceneschopný?	<input type="checkbox"/> áno <input checked="" type="checkbox"/> Pre aké ochorenie alebo úraz? Odkedy?	<input checked="" type="checkbox"/> nie
9. Ste v súčasnosti v pravidelnej lekárskej či psychoterapeutickej opatere, alebo sa liečite na akútne ochorenie alebo úraz?	<input type="checkbox"/> áno <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> nie
10. Požívate alebo ste požívali pravidelne alkohol? Podrobili ste sa liečbe v súvislosti s užívaním alkoholu?	<input type="checkbox"/> áno <input checked="" type="checkbox"/> Druh (pivo, víno, tvrdý alkohol): Koľko denne? Liečba odkedy - dokedy: Abstinencia od (mesiac a rok):	<input checked="" type="checkbox"/> nie
11. Užívate alebo ste užívali drogy alebo iné návykové látky? Podrobili ste sa liečbe v súvislosti s užívaním drog a iných návykových látok?	<input type="checkbox"/> áno <input checked="" type="checkbox"/> Aké? Kedy? Liečba odkedy - dokedy: Abstinencia od (mesiac a rok):	<input checked="" type="checkbox"/> nie
12. Fajčíte?	<input type="checkbox"/> áno <input checked="" type="checkbox"/> Ako dlho? Čo (cigarety, cigary, fajku)? Koľko denne? ks	<input checked="" type="checkbox"/> nie
13. Stavba tela:	Vaša výška 158 cm Vaša hmotnosť 55 kg <input checked="" type="checkbox"/> pravák <input type="checkbox"/> ľavák	
14. Ošetrojúci lekár súčasný a tiež predošlý , pokiaľ ku zmene došlo v priebehu posledného roka, ktorý je najlepšie informovaný o Vašom zdravotnom stave.	Meno a priezvisko lekára, adresa zdravotníckeho zariadenia/ambulancie (názov, ulica, číslo, PSČ, obec - dodacia pošta): MUDr. JEN TIHAR, LOKONKERO 44, 93701	

E. DOTAZNÍK K POISTNEJ ZMLUVE - VYPLŇUJE POISTENÁ OSOBA

1. Ste pri výkone povolania alebo vo voľnom čase vystavený(á) zvýšenému nebezpečenstvu (napr. vplyv explozívnych alebo zdraviu škodlivých látok, pobyt v nebezpečných oblastiach, práca vo výškach nad 4 m, práca so silnoprúdom, účasť na súťažiach - futbal, hokej, hádzaná a pod., potápanie hlbšie ako 25 m, parašutizmus, horolezectvo, paragliding, extrémne športy, resp. profesionálny šport)?	<input type="checkbox"/> áno <input checked="" type="checkbox"/> Akému? Aké súťaže? V akom rozsahu?	<input checked="" type="checkbox"/> nie
2. Ste už poistený(á) pre prípad smrti, úrazu alebo invalidity?	<input type="checkbox"/> áno <input checked="" type="checkbox"/> Uvedte druh poistenia, výšku poistnej sumy a poisťovňu: Smrť (poistná suma): Úrazy (poistná suma): Invalidita (poistná suma): Poisťovňa:	<input checked="" type="checkbox"/> nie
3. Odložila, odmietla alebo vypovedala Vám v minulosti niektorá poisťovňa poistenie?	<input type="checkbox"/> áno <input checked="" type="checkbox"/> Ktorá poisťovňa? Aké poistenie? Prečo?	<input checked="" type="checkbox"/> nie

 30.05.2014
 dátum uzavretia poistenia

 Psychiatrická nemocnica Hranovce
 ul. Dr. J. Zelenského/65
 935 61 HRANOVCE
 podpis poisťníka

 K Blahoslav
 podpis poisteného
 (ak je iný ako poisťník)

 Jozefína Paulová
 meno a podpis
 obchodného zástupcu poisťovne
 (čitateľne)

Druh poistenia	Poistná suma (ročný dôchodok denné odškodné) v EUR	Zľava v %	Mesačné (jednorazové) poistné v EUR
<input checked="" type="checkbox"/> Smrť úrazom	3500,00	30%	3,23
<input checked="" type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu	3300,00		4,71
<input checked="" type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia úrazu alebo	900,00		2,80
<input type="checkbox"/> denné odškodné za práceneschopnosť po úraze	—		—
<input type="checkbox"/> Invalidita násl. úrazu s výplatou dôchodku alebo	—		—
<input type="checkbox"/> invalidita násl. úrazu s výplatou poistnej sumy	—		—
Mesačné (jednorazové) poistné celkom:			10,74
Celkové lehotné poistné, resp. jednorazové poistné 280 MESA.			6,44
po zľave 40 % za čiastočný výkon a			
po zľave % za spôsob platenia poistného:			

Poistné obdobie a spôsob platenia poistného:

1 - ročne
 2 - polročne
 4 - štvrtročne
 6 - mesačne

Poistné obdobie sa začína vždy v deň zodný s dňom v dátume začiatku poistenia.

Druh platby:

IU - inkaso z účtu platiteľa
 KN - bezhotovostne bez avíza
 KZ - bezhotovostne s avízom
 PZ - poštový peňažný poukaz

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

Vypĺňa poisťovňa

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

Nevybielené plochy vyplňuje poisťovňa!

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 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, 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.

I 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 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 výučne v dôsledku úrazu, ktorý sa stal v dobe trvania poistenia, poisťovňa v súlade so Všeobecnými poisťnými podmienkami

pre úrazové poistenie v závislosti od dojednania v poistnej zmluve vyplatí 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 dojednanie 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 DIEŤAŤA

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 dojednávanej poistnej zmluvy, 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 sadzobníka 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 poisťovateľa.

Psychiatrická nemocnica Hronovce
ul. Dr. J. Zelenyáka 85
935 61 HRONOVCE
6

30.05.2014
dátum uzavretia poistenia

podpis poistníka

podpis poisteného
(ak je iný ako poistník)

VIENNA INSURANCE GROUP
KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group
KOOPERATIVA poisťovňa, a.s.
AGENCIJA ZA OSIGURANJE
MIRNOVA 6, 10000 LJUBLJANA
meno a podpis
obchodného zástupcu poisťovne
(čítateľne)

Záznamy o dojednaní poistenia: