

Číslo návrhu 091 0092208	Číslo poisťnej zmluvy
Získateľ 1 885689	Podiel 100%
Získateľ 2	Podiel
E-mail získateľa LARLWOV@koop.sk	Telefón získateľa 0905 991 636



2220-0910092208

Číslo: **06-2017** priateľ: **1**
KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group

NÁVRH POISŤNEJ ZMLUVY PRE ÚRAZOVÉ POISTENIE - PRODUKT

U5 U15 U13 U14

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

Priezvisko / Názov firmy PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICA HIRONOVCE	Meno, titul	Rodné číslo / IČO 60607266
Číslo OP	Povolanie - oblasť podnikania (špecifikovať - zamestnaný, ne-zamestnaný, SZČO)	Stav
Miesto narodenia	Priemerný čistý mesačný príjem	Štát
Adresa trvalého bydliska - ulica, číslo Dr. J. ZELENYNA 65	PSC 93569	Miesto - dodacia pošta HIRONOVCE
Adresa pre korešpondenciu - ulica, číslo	PSC	Miesto - dodacia pošta
Názov peňažného ústavu	Číslo účtu v tvare IBAN	
Mobilný telefón/telefonický kontakt 0917 626 207	E-mail	

B1. POISŤENÝ (ak je iný ako poisťník)

Priezvisko TRGINA	Meno, titul JOZEF	Rodné číslo 6308046392
Číslo OP EC-072447	Povolanie - oblasť podnikania (špecifikovať - zamestnaný, ne-zamestnaný, SZČO) NEZAMESTNANÝ	Stav ROZVEDENÝ
Miesto narodenia ZELENOVCE	Priemerný čistý mesačný príjem 0	Štát SR
Adresa trvalého bydliska - ulica, číslo DLHA 689/45	PSC 93569	Miesto - dodacia pošta HIRONOVCE - DOMA
Mobilný telefón/telefonický kontakt 0949 728 125	E-mail	

C. OBSAH POISTENIA

Začiatok poistenia 07.07.2017	Koniec poistenia, koniec platenia poisťného 31.12.2017	Zlva 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 ODPOVEDNÉ 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 checked="" type="checkbox"/> Smrť úrazom	3500,00	30%	3,23	<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"/> 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 výplatom dôchodku alebo	—		—	
<input type="checkbox"/> invalidita násl. úrazu s výplatom poistnej sumy	—		—	
Mesačné (jednorazové) poistné celkom:			10,74	Druh platby: <input type="checkbox"/> IU - inkaso z účtu platiteľa <input checked="" type="checkbox"/> KN - bezhotovostne bez avíza <input type="checkbox"/> KZ - bezhotovostne s avízom <input type="checkbox"/> PZ - poštový peňažný poukaz
Celkové lehôtne poistné, resp. jednorazové poistné 786 MOP.			6,44	
po zľave 40 % za čiastočný výkon a				Od začiatku tohto poistenia sa ruší poistná zmluva číslo: 1018
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.

Vypĺňa poisťovňa

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

Nevybieleené 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 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, 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 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. 806 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 osemdeň a po jej uplynutí poistenie zanikne.

PREHLÁSENIE POISŤNÍKA, POISTENÉHO, 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 dojednávanej poisťovne, v opačnom prípade má poisťovňa právo postupovať v zmysle čl. 4 ods. 4, 5 a 6 VPP č. 806. 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. 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. 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. 806, vzťahujúce sa k uzatvorenému poisteniu v písomnej forme pri podpise návrhu poisťnej zmluvy.

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

Poisťník 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 poisťnou zmluvou a v rozsahu tejto poisťnej 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 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 text poučenia je možné nájsť aj na webovej stránke poisťiteľa.

VIENNA INSURANCE GROUP

.....
dátum uzavretia poistenia

.....
podpis poisťníka

.....
podpis poisteného
(ak je iný ako poisťník)

.....
meno a podpis
obchodného zástupcu poisťovne
(čítateľne)

Záznamy o dojednaní poistenia: