



Návrh

Úraz & Starostlivosť
Úrazové poistenie

Zodpovedajúce okienka označte krížikom, údaje vyplňte paličkovým písmom

Číslo návrhu

4319042736

☒ Nová poistná zmluva

☐ Zmena existujúcej zmluvy

Nákladové číslo

Získateľské číslo

7 9 9 3 0 2 4 2

POISTNÍK/platiteľ poistného

Priezvisko, meno, titul/názov ¹	RČ/IČO ¹	Štát. prísl.	Kat. kl.
Meno a funkcia osoby konajúcej v mene práv. osoby ¹			
Trvalý pobyt/ulica, č.d.	PSČ	Miesto/štát	
Korešp. adr. v SR/ulica, č.d.	PSČ	Miesto	
Typ preuk. totož.	Číslo	Dát. vydania	Vydal orgán/štát
Tel. číslo	E-mail	Dátum narodenia	

PRVÁ POISTENÁ OSOBA

Pohlavie: ☐ muž ☐ žena

Je poistená osoba P1 súčasne poistníkom? ☐ áno ☐ nie

Ak áno, vyplňte len údaje označené *.

Priezvisko, meno, titul	RČ	Štát. prísl.
Trvalý pobyt/ulica, č.d.	PSČ	Miesto/štát
Korešp. adr. v SR/ulica, č.d.	PSČ	Miesto
Tel. číslo	E-mail	Súčasný zamestnanie*
Záujm. činnosť/šport (registrácia v šport. klube ☐ áno ☐ nie, súťaží ☐ pravid. ☐ nepravid.)		Nebezp. sk.*
Navštevuje šport. triedu ☐ áno ☐ nie*)		Kód zamest.*

DRUHÁ POISTENÁ OSOBA (vyplňte v prípade rodinného poistenia)

Je adresa trvalého pobytu P2 zhodná s adresou trvalého pobytu P1? ☐ áno ☐ nie

Ak áno, tak nie je potrebné vyplňať adresu aj pre P2

Priezvisko, meno, titul	RČ	Štát. prísl.
Trvalý pobyt/ulica, č.d.	PSČ	Miesto
Tel. číslo	E-mail	Kód zamest.
Záujm. činnosť/šport (registrácia v šport. klube ☐ áno ☐ nie, súťaží ☐ pravid. ☐ nepravid.)		Nebezp. sk.
		Súčasný zamestnanie

SPOLUPOISTENÉ DETI (vyplňte v prípade rodinného poistenia)

Kód zamest. 388

Neb. skupina Dieťa

P3 Priezvisko, meno	RČ
Záujm. činnosť/šport (reg. v šport. klube ☐ áno ☐ nie, súťaží ☐ pravid. ☐ nepravid.)	
P4 Priezvisko, meno	RČ
Záujm. činnosť/šport (reg. v šport. klube ☐ áno ☐ nie, súťaží ☐ pravid. ☐ nepravid.)	

Doba trvania poistenia

Začiatok poistenia ²	0 1 1 1 2017	Zmena poistenia ³	20	Poistná doba	0 2 rokov
Počet dní (pri krátkodobom SÚP)		dní		☐ Neurčito (pri dlhodobom SÚP)	

Platenie poistného

Spôsob platenia poistného: ☐ Trvalý príkaz ☐ Inkaso ☒ Príkaz na úhradu ☐ Poštová poukážka

Periodicita platenia: Bežne ☒ Ročne ☐ Polročne ☐ Štvrťročne ☐ Jednorazovo

IBAN je štandardný medzinárodný formát čísla účtu

Číslo účtu v IBAN

Vysvetlivky:

¹ Ak je poistníkom právnická osoba uveďte jej IČO, názov a meno, funkciu, preukaz totožnosti osoby konajúcej v jej mene.

² V prípade, ak v návrhu PZ nie je uvedený začiatok poistenia, alebo ak je tento dátum zhodný s dátumom prevzatia návrhu alebo tomuto dátumu predchádza, za začiatok poistenia sa považuje nultá hodina dňa nasledujúceho po dni prevzatia návrhu poistiteľom.

³ V prípade navrhovanej zmeny poistenia poistník žiada, aby sa zmena poistenia vykonala k dátumu účinnosti zmeny poistenia, resp. k dátumu doručenia žiadosti o zmenu poistenia, ak dátum účinnosti zmeny nie je v návrhu uvedený. Ak nie je možné vykonať zmenu k tomuto dátumu, poistník žiada, aby sa zmena vykonala k najbližšiemu možnému dátumu nasledujúcemu po dátume účinnosti zmeny poistenia, resp. po dátume doručenia žiadosti o zmenu poistenia.

Koniec poistenia sa určuje z poistnej doby. Pokiaľ je poistná doba určená v celých rokoch, deň a mesiac dátumu konca poistenia sa zhoduje s dňom a mesiacom začiatku poistenia a rok konca poistenia je daný súčtom roku začiatku poistenia a poistnej doby. Trvanie krátkodobého poistenia vyplýva z poistnej doby, pričom začiatok poistenia je prvým dňom poistnej doby. Poistnú dobu „neurčito“ je možné dojednať v dlhodobom skupinovom úrazovom poistení.

Získateľ (priezvisko, meno)

Číslo získateľa

Kontakt na získateľa (tel. číslo, e-mail)

PENOTIA, S.R.O.
JUDr. Valéria HARVÁNKOVÁ

Poistená skupina (vyplňte v prípade skupinového úrazového poistenia)

(P1 - P4 je označenie poistenej osoby)

Počet osôb	2200	Počet osôb celkom zo všetkých návrhov poistníka	
S1 Číslo ostatných návrhov			
☒ Bez uvedenia mien	☐ S uvedením mien (zoznam poistených musí byť priložený k návrhu PZ)		
☐ Pre určitú skupinu	☒ Pre všetkých zamestnancov/členov definovanej skupiny		

Číslo návrhu

4319042736

Presné označenie vykonávanej činnosti (prac. zaradenie)/činnosti spolku (druh športu)/poistenej činnosti alebo podujatia

STUDENTI UNIVERZITY

Tarifa R S 3 3 ☐ Indexácia poistenia (každoročná úprava poistného a poistných súm v zmysle poistných podmienok)

VŠEOBECNÉ ÚDAJE

Oprávnená osoba pre prípad smrti úrazom P1

☐ Neurčujem Oprávnená osoba (ďalej „OO“) sa určuje buď vzťahom k poistenému, alebo menom a rodným číslom (ďalej „RČ“). V prípade, že OO je určená súčasne menom a RČ a aj vzťahom, považuje sa za OO tá osoba, ktorá je určená menom a RČ. V prípade, že nie je označená kolónka „neurčujem“, ani „vzťahom“ a ani „menom“, považuje sa OO za neurčenú. OO v prípade rodinného poistenia je uvedená v zmluvných dojednaniach. Ak OO nemá RČ, uveďte dátum narodenia.

☐ Vzťahom	Označte príslušný vzťah: ☐ Manžel/ka ☐ Deti ☐ Rodičia ☐ Iný vzťah (uveďte):		
☐ Menom	Priezvisko, meno	RČ	Podiel v %
☐ Menom	Priezvisko, meno	RČ	Podiel v %
☐ Menom	Priezvisko, meno	RČ	Podiel v %
☐ Menom	Priezvisko, meno	RČ	Podiel v %

(Ak nie je uvedená %-uálna výška podielu, resp. ak je súčet rôzny od 100 %, tak sa poistné plnenie rozdelí rovnakým dielom medzi uvedené oprávnené osoby.)

SPOLU: 100 %

VŠEOBECNÉ ÚDAJE

Súbežné poistenia: 1. Má poistený už uzavreté životné (Ž) alebo úrazové (Ú) poistenie, príp. má podaný návrh PZ?

☐ Nie ☐ Áno pre: P ☐ Ž ☐ Ú Spoločnosť? Číslo poisťky? Poistná suma? Platnosť?

☐ Nie ☐ Áno pre: P ☐ Ž ☐ Ú Spoločnosť? Číslo poisťky? Poistná suma? Platnosť?

2. Bola žiadosť poisteného o poistenie uvedené v bode 1 odmietnutá alebo prijatá za sťažených podmienok?

☐ Nie ☐ Áno pre: P ☐ Ž ☐ Ú Ak áno - aké poistenie? Dôvod?

☐ Nie ☐ Áno pre: P ☐ Ž ☐ Ú Ak áno - aké poistenie? Dôvod?

Rizikové činnosti: 3. Je alebo bude poistený (P1 - P4) vystavený zvláštnemu riziku alebo nebezpečenstvu?

(napr. silné žiarenie, výbušniny, potápanie, rýchlostné preteky, súkromné a športové lety, parašutizmus, paragliding, rogalo, bungee-jumping, extrémne športy, účasť na športových súťažiach a pod.)

☐ Nie ☐ Áno pre: P ☐ Opis rizika:

☐ Nie ☐ Áno pre: P ☐ Opis rizika:

ÚDAJE O POISTENÍ

Typ poistenia (označte vždy len jednu možnosť)

1. Individuálne úrazové poistenie pre

☐ Dospelých (24-h. krytie) ☐ Dospelých (pracovný čas) ☐ Seniorov (24-h. krytie) ☐ Deti a mládež (24-h. krytie)
☐ Rodinné 100/75/50 (24-h. krytie) ☐ Rodinné 100/50/25 (24-h. krytie)

2. Skupinové úrazové poistenie pre

☐ Dospelých (24-h. krytie) ☐ Dospelých (pracovný čas) ☐ Spolky a záujmové združenia ☐ Deti a mládež (24-h. krytie)
☐ Športové kluby (24-h. krytie) ☒ Deti v MŠ, žiakov ZŠ a SŠ

3. Krátkodobé skupinové úrazové poistenie pre

☐ Dospelých (24-h. krytie) ☐ Dospelých (vymedzený čas) ☐ Deti a mládež (24-h. krytie) ☐ Deti v MŠ, žiakov ZŠ a SŠ

Poistné sumy pre poistenú skupinu S1:

☐ Pevné poistné sumy - násobok hrubého ročného príjmu poistených (pre trvalé následky úrazu a smrť úrazom)
 EUR Výška celkového hrubého ročného príjmu poistených

Vysvetlivky:

¹ Súčin sadzby ročného poistného a poistnej sumy.
² Uvedené poistenie je dojednávané, iba ak je preň uvedené ročné tarifné poistné a toto je započítané do bežného alebo jednorazového poistného.

(P1 - P4 je označenie poistenej osoby)

³ Výška a/alebo nárok na poistné plnenie sú uvedené v Zmluvných dojednaniach pre úrazové poistenie (ZD ÚP).

⁴ Vzťahuje sa na poistenú osobu P1.

⁵ Vzťahuje sa na poistené osoby P1, P3 - P4.

Číslo návrhu

4319042736

ÚDAJE O POISTENÍ

Poistné sumy a poistné pre poistenú osobu P1, S1:

Kód/Názov poistenia	Poistná suma	Ročné tarifné poistné ¹
800 Trvalé následky úrazu: s progresiou ☐ bez ☐ 350 % ☐ 500 % ☐ s progr. 500 % s plnením od 10 %	3.319,00 EUR	0,66 EUR
Je možné dojednať len jednu z uvedených možností. Pokiaľ nie je označená žiadna možnosť, platí bez progresie.		
810 Smrť úrazom	3.319,00 EUR	0,83 EUR
821 Denné odškodné od ☐ 1. dňa ☐ 10. dňa	EUR/deň	EUR
Pokiaľ nie je označená žiadna možnosť, považuje sa za požadované denné odškodné od 10. dňa.		
830 Nemocničné odškodné	EUR/deň	EUR
840 Úrazová hospitalizácia (Bolestné)	1 500 EUR ²	EUR
850 Úrazové náklady	EUR	EUR
861 Euroochrana	50 000 EUR ²	EUR
870 U-plus servis	20 EUR/deň ^{3,4}	BONUS
871 Zlomeniny kostí u detí	podľa ZD ÚP ^{3,5}	BONUS
881 Drobné úrazy	podľa ZD ÚP ^{2,3}	EUR
890 Zachraňovacie náklady	10 000 EUR ²	EUR
900 Čas nevyhnutného liečenia	6.638,00 EUR	13,28 EUR
910 Kozmetické operácie	EUR	EUR
Celkové ročné tarifné poistné pre 1 osobu/rodinu:		14,77 EUR
Celkové ročné tarifné poistné (vrátane všetkých zliav a prirážok pre všetky poistené osoby):		10.450,00 EUR
Bežné alebo jednorazové poistné (za príslušné obdobie):		10.450,00 EUR

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

	P1		P2		P3		P4	
1. Aká je Vaša výška a hmotnosť?	cm	kg	cm	kg	cm	kg	cm	kg
2. Ste v súčasnej dobe uznaný za práceneschopného?	☐ nie ☐ áno		☐ nie ☐ áno		☐ nie ☐ áno		☐ nie ☐ áno	
3. Bola Vám priznaná invalidita?	☐ do 70% (vrátane) ☐ nad 70%		☐ do 70% (vrátane) ☐ nad 70%		☐ do 70% (vrátane) ☐ nad 70%		☐ do 70% (vrátane) ☐ nad 70%	
4. Utrpeli ste úraz kostí, svalov alebo kĺbov za posledných 10 rokov?	☐ nie ☐ áno		☐ nie ☐ áno		☐ nie ☐ áno		☐ nie ☐ áno	
5. Máte alebo mali ste v minulosti ochorenie: srdca a ciev, neurologické, duševné/psychické, onkologické, ochorenie krvi, pohybového aparátu a chrbtice, cukrovku, AIDS alebo HIV - pozitivitu?	☐ nie ☐ áno		☐ nie ☐ áno		☐ nie ☐ áno		☐ nie ☐ áno	
6. Máte alebo mali ste v priebehu posledných 10 rokov choroby oka, zraku alebo predpísané dioptrie nad +10, poruchu sluchu alebo ochorenie ucha?	☐ nie ☐ áno		☐ nie ☐ áno		☐ nie ☐ áno		☐ nie ☐ áno	
7. Boli ste za posledných 10 rokov hospitalizovaný/operovaný alebo máte plánovanú hospitalizáciu/operáciu? (okrem hospit. v súvislosti s tehotenstvom)	☐ nie ☐ áno		☐ nie ☐ áno		☐ nie ☐ áno		☐ nie ☐ áno	

Kto je Váš ošetrojúci lekár? (meno, adresa ambulancie, tel. č.)

P1

P2

Údaje k bodu 1. - 7. zdravotného dotazníka, ak bola označená odpoveď „áno“. Uveďte meno poisteného, choroby, diagnózy, operácie (dátum), percento poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť (do 70 %, nad 70 %), počet dioptrií, užívané lieky, iné rozhodujúce skutočnosti.

Vysvetlivky:

PZ - poisťná zmluva
 OZ - Občiansky zákonník
 Z.z. - Zbierka zákonov
 NBS - Národná banka Slovenska

Ďalšie dojednania**Číslo návrhu**

4319042736

VYHLÁSENIA

Poistený svojím podpisom potvrdzuje, že spĺňa všetky podmienky poistiteľnosti v zmysle Všeobecných poistných podmienok pre úrazové poistenie – 2016. Poistený súhlasí, aby poistiteľ podľa potreby zisťoval jeho zdravotný stav, ako aj ďalšie informácie potrebné pre určenie podmienok pre uzavretie, zmenu alebo pokračovanie poisťnej zmluvy, ako aj na určenie nárokov vyplývajúcich z poisťnej zmluvy. Zároveň splnomocňuje poistiteľa k jednaniu s príslušnými inštitúciami (lekári, nemocnice, iné zdravotnícke zariadenia a pod.) a v prípade potreby zbavuje tieto inštitúcie povinnosti zachovávať mlčanlivosť, ak je to možné.

Poistník/poistený svojím podpisom potvrdzuje súhlas s nasledovnými vyhláseniami: Všetkým otázkam v tomto návrhu PZ som porozumel a všetky mnou poskytnuté vyhlásenia, odpovede, osobné a ostatné údaje sú pravdivé, aktuálne a úplné a súhlasím s ich postúpením na zaistovacie spoločnosti. V prípade, ak pri jednotlivých otázkach, resp. údajoch s možnosťou voľby „áno“ alebo „nie“, nie je vyplnená kolónka „áno“ a zároveň nie je vyplnená kolónka „nie“, platí ako odpoveď „nie“. Pred podpisom tohto návrhu som bol zo strany poistiteľa zrozumiteľne a písomne informovaný o všetkých údajoch platných pre dané poistenie v zmysle § 792a OZ v znení platnom v čase podpisu návrhu PZ, a to prostredníctvom návrhu PZ, ako aj Všeobecných poistných podmienok pre úrazové poistenie – 2016, oceňovacích tabuliek, formulára o podmienkach uzavretia PZ v platnom znení podľa vzoru ustanoveného NBS a zmluvných dojednaní (ďalej len „podmienky“), ktorými sa poistenie, dojednané podľa tohto návrhu riadi, a súhlasím s nimi. Uvedené podmienky tvoria neoddeliteľnú súčasť poisťnej zmluvy. Potvrdzujem prevzatie písomných podmienok v čase pred podpisom návrhu PZ alebo ich prevzatie elektronickou poštou. Bol som oboznámený so všetkými skutočnosťami vyplývajúcimi z § 15 ods. 1 zákona č. 122/2013 Z. z. a ako dotknutá osoba som bol poučený o svojich právach uvedených v § 28 uvedeného zákona. Potvrdzujem, že som svoje osobné údaje poskytol dobrovoľne a bez nátlaku.

Beriem na vedomie nasledovné skutočnosti: Podmienky v písomnej forme sú k dispozícii na verejne dostupnej internetovej stránke poistiteľa www.uniga.sk, ako aj na pobočkách, resp. obchodných miestach poistiteľa.

Poistník týmto neodvolateľne záväzne vyhlasuje, že peňažné prostriedky použité na platenie poistného z tejto poisťnej zmluvy sú jeho vlastníctvom a uzavretie tejto zmluvy vykonáva na vlastný účet. V prípade uzavretia zmluvy na cudzí účet alebo použitia prostriedkov inej osoby sa poistník zaväzuje poistiteľovi predložiť zákonom požadované doklady preukazujúce písomný súhlas tejto osoby.

Poistník svojím podpisom potvrdzuje, že súhlasí s prípadnou úpravou výšky bežného alebo jednorazového poistného, resp. poisťnej sumy maximálne o 1 % v dôsledku elektronického spracovania dát a s úpravou rozsahu poistenia, resp. výšky poisťnej sumy alebo poistného uvedeného v tomto návrhu poisťnej zmluvy v dôsledku ocenenia rizík bez toho, aby túto úpravu poistiteľ s ním prerokoval. Poistka zaslaná poistníkovi s takto upraveným rozsahom poistenia sa nepovažuje za protinávrh poistiteľa.

Poistník svojím podpisom potvrdzuje, že ak sa počas trvania poistenia stane politicky exponovanou osobou, neodkladne to oznámi poistiteľovi. Osobné údaje uvedené v zákone o poisťovníctve je poistiteľ oprávnený spracúvať v zmysle § 10 ods. 2 a ods. 3 písm. b) zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov aj bez súhlasu dotknutých osôb; osobné údaje môžu byť predmetom cezhraničného prenosu do krajín EÚ a Švajčiarska, ako aj do tretích krajín neposkytujúcich primeranú úroveň ochrany osobných údajov, a to iba v prípade, ak je prenos nevyhnutný na plnenie zmluvy medzi dotknutou osobou a poistiteľom; poistiteľ je oprávnený v súvislosti s výkonom poisťovacej činnosti osobné údaje poistníka/poisteného poskytnúť alebo sprístupniť tretej strane; aktuálny zoznam spoločností, ktorým sa osobné údaje môžu poskytnúť alebo sprístupniť, je zverejnený na internetovej stránke poistiteľa; informácie podľa § 15 ods. 1 a § 28 zákona č. 122/2013 Z. z. sú umiestnené na webovej stránke poistiteľa www.uniga.sk. Osobné údaje dotknutej osoby nebudú zverejňované. Poistník/poistený svojím podpisom potvrdzuje pravdivosť všetkých údajov uvedených v návrhu a žiada o uzatvorenie poistenia v rozsahu tohto návrhu.

.....
Miesto, dátum prevzatia.....
Podpis poistníka.....
Podpis poisteného P1 - P4,
resp. jeho/ich zákonného zástupcu*

* za poisťované nepĺnoleté deti podpisuje návrh PZ vždy ich zákonný zástupca

VYHLÁSENIE POISTITEĽA:

Potvrdzujem prevzatie tohto návrhu na uzavretie (zmenu) poisťnej zmluvy menom UNIQA poisťovne, a.s.. Poisťná zmluva je uzavretá (zmení sa) doručením oznámenia o prijatí návrhu poistiteľom klientovi.

Svojím podpisom prehlasujem, že som prevzal návrh poisťnej zmluvy a vykonal identifikáciu a overenie identifikácie klienta v zmysle § 7 a 8 zákona č. 297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu, a to overením totožnosti poistníka na základe preukazu totožnosti alebo výpisu z obchodného, resp. živnostenského registra. Poistiteľ je oprávnený na základe § 10 ods. 2 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov spracúvať osobné údaje stanovené osobitným zákonom o poisťovníctve.

.....
Miesto, dátum prevzatia.....
Za poistiteľa návrh poistníka
prevzal a totožnosť poistníka** overil

** Poistiteľ je podľa právneho poriadku SR povinný pri uzatváraní poisťnej zmluvy požadovať preukázanie totožnosti poistníka a poistník je povinný takejto žiadosti vyhovieť.