



7004

KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group
Štefánikova 17, 811 05 Bratislava, IČO: 31 595 545, DIČ: 2021097089, IČ DPH: SK7020000746.
Spoločnosť je členom skupiny registrovanej pre DPH, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č. 3345/B (ďalej len „poisťovňa“).

182

číslo návrhu
poistnej zmluvy
získateľské číslo
sprostredkovateľa

2802 2901540
25600000

POISTNÍK	Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko)/Názov firmy		Muž	Žena	
	Vysokoškolský poľnohospodársky podnik SPU, s.r.o.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto)/Sídlo		PSČ	Mobilný telefón/Tel. kontakt	
	Hlavná 561, Kolíňany		9 5 1 7 8		
	Korešpondenčná adresa (ulica, číslo domu, mesto), ak je iná, ako adresa trvalého bydliska		PSČ	Priemerný čistý mesačný príjem	
				EUR	
	Dátum narodenia	<input type="checkbox"/> Rodné číslo/ <input checked="" type="checkbox"/> IČO	Štátna príslušnosť		
		3 6 5 5 3 0 6 9			
Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa)					
Zamestnanie - druh, funkcia, povolanie, typ pracovnej činnosti			E-mail		

POISTENÍ menný zoznam poistených nemenované osoby

V prípade smrti poisteného má právo na poistné plnenie (vyberte len jednu z možností 1., 2. alebo 3.)

1. zatiaľ neurčujem (osoba/osoby v zmysle § 817 Občianskeho zákonníka) 2. manžel/manželka deti rodičia

3. osoba určená menom (vypíšte podrobne nižšie) matka otec

Povinné údaje sú: priezvisko, meno a rodné číslo (alebo dátum narodenia), resp. v prípade právnickej osoby názov, IČO (uved'te len v prípade, ak ste označili bod 3.)

	% z poist. plnenia

Začiatok poistenia	Koniec poistenia	Doba poistenia
0 1 0 4 2 0 2 2	0 0 . 0 0 h	3 1 1 2 2 0 2 2
		2 4 . 0 0 h
		<input checked="" type="checkbox"/> určitá <input type="checkbox"/> neurčitá

V prípade rizík poisteného, odlišných od rizík uvedených v tejto poist. zmluve, je poisťovateľ oprávnený zmeniť výšku poistnej sumy alebo poistného max. o 10 % podľa platných poistno-matematických zásad. V prípade neurčenia sa zachováva výška poistného.

Žiadam zachovať: (vyberte jednu z možností) výšku poistného výšku poistnej sumy

Spôsob platenia príkazom z účtu č.: IBAN

poštový peňažný poukaz inak

prevodom z účtu OPU č.:

SWIFT (BIC) kód banky

Interval platenia (poistné obdobie) ročne polročne štvrtročne mesačne jednorazovo

Bližšie špecifikujte udalosť a činnosti vykonávajúce počas tejto udalosti, na ktoré sa vzťahuje skupinové úrazové poistenie.

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina: Smrť následkom úrazu SNU Poistná suma: 20 000,00 EUR Poistné za skupinu: 570,00 EUR
 Trvalé následky úrazu TNU Poistná suma: 10 000,00 EUR Poistné za skupinu: 480,00 EUR
 Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením 350 % TNUP Poistná suma: EUR Poistné za skupinu: EUR
 Hospitalizácia následkom úrazu UH Poistná suma: EUR Poistné za skupinu: EUR
 Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu ČNL Poistná suma: EUR Poistné za skupinu: EUR

Počet osôb: 1500 Iné Poistná suma: EUR Poistné za skupinu: EUR

Ročné/Jednorazové poistné za skupinu: 1 050,00 EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina: Smrť následkom úrazu SNU Poistná suma: EUR Poistné za skupinu: EUR
 Trvalé následky úrazu TNU Poistná suma: EUR Poistné za skupinu: EUR
 Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením 350 % TNUP Poistná suma: EUR Poistné za skupinu: EUR
 Hospitalizácia následkom úrazu UH Poistná suma: EUR Poistné za skupinu: EUR
 Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu ČNL Poistná suma: EUR Poistné za skupinu: EUR

Počet osôb: Iné Poistná suma: EUR Poistné za skupinu: EUR

Ročné/Jednorazové poistné za skupinu: EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina: Smrť následkom úrazu SNU Poistná suma: EUR Poistné za skupinu: EUR
 Trvalé následky úrazu TNU Poistná suma: EUR Poistné za skupinu: EUR
 Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením 350 % TNUP Poistná suma: EUR Poistné za skupinu: EUR
 Hospitalizácia následkom úrazu UH Poistná suma: EUR Poistné za skupinu: EUR
 Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu ČNL Poistná suma: EUR Poistné za skupinu: EUR

Počet osôb: Iné Poistná suma: EUR Poistné za skupinu: EUR

Ročné/Jednorazové poistné za skupinu: EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina: Smrť následkom úrazu SNU Poistná suma: EUR Poistné za skupinu: EUR
 Trvalé následky úrazu TNU Poistná suma: EUR Poistné za skupinu: EUR
 Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením 350 % TNUP Poistná suma: EUR Poistné za skupinu: EUR
 Hospitalizácia následkom úrazu UH Poistná suma: EUR Poistné za skupinu: EUR
 Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu ČNL Poistná suma: EUR Poistné za skupinu: EUR

Počet osôb: Iné Poistná suma: EUR Poistné za skupinu: EUR

Ročné/Jednorazové poistné za skupinu: EUR

PEŇAŽNÝ ÚSTAV POISŤOVNE:	ČÍSLO ÚČTU IBAN/SWIFT (BIC) KÓD BANKY:	POISŤNÉ	Celkové jednorazové poistné bez dane ¹	972,22 EUR
Prima banka Slovensko, a.s. SLSP, a.s. Tatra banka, a.s.			Daň z poistenia ¹	77,78 EUR
			Celkové jednorazové poistné vrátane dane ¹	1 050,00 EUR
Poistné za poskytované poistné krytie sa považuje za uhradené pripísaním poistného, vrátane dane z poistenia ¹ na účet poisťovne.				

¹ Na toto poistenie sa uplatňuje daň z poistenia podľa zákona č. 213/2018 Z. z. o dani z poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Záverečné ustanovenia

Poistník a poistený 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.

Poistník podpísaním tejto poistnej zmluvy záväzne potvrdzuje, že peňažné prostriedky použité na úhradu poistného sú jeho vlastníctvom a poistnú zmluvu uzatvára na vlastný účet.

Pre potreby dojednaného poistenia sa účet uvedený v poistnej zmluve považuje za kontaktný a v prípade, že počas trvania poistného vzťahu dôjde k zmene, je poistník povinný túto zmenu písomne oznámiť poisťovní, prípadne nahlásiť formou originálneho potvrdenia banky účet iný. V prípade zneužitia účtu alebo neoznámenia zmeny účtu nenesie poisťovníka zodpovednosť za prípadnú vzniknutú škodu.

Pre toto poistenie platia príslušné ustanovenia Občianskeho zákonníka, Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie (VPP 1000-8), ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou poistnej zmluvy.

Každá zo zmluvných strán môže poistnú zmluvu vypovedať do 2 mesiacov od jej uzavretia, výpovedná lehota je 8 dní. Jej uplynutím poistná zmluva zanikne.

Každá zo zmluvných strán môže poistnú zmluvu vypovedať do 2 mesiacov od jej uzavretia, výpovedná lehota je 8 dní. Jej uplynutím poistná zmluva zanikne.

- Poistník svojím podpisom prehlasuje, že:
 - bol s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poistnej zmluvy písomne oboznámený s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatvárajúcej poistnej zmluvy prostredníctvom Informačného dokumentu o poistnom produkte (IPID), ktorý prevzal,
 - bol s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poistnej zmluvy písomne oboznámený vo vzťahu k uzatvárajúcej poistnej zmluve s informáciami o jednotlivých zložkách poistného, a to prostredníctvom Informačného formulára k neživotnému poisteniu a životnému poisteniu bez odkupnej hodnoty (ďalej len „Formulár“) a tiež prehlasuje, že Formulár prevzal v písomnej podobe,
 - bol pred uzavretím poistnej zmluvy oboznámený so znením vyššie uvedených všeobecných poistných podmienok platných pre toto poistenie, ktoré následne aj prevzal v písomnej podobe.
- V prípade, ak poistník a poistená osoba nie sú totožné osoby, poistník svojím podpisom prehlasuje, že má oprávnenie poskytnúť poisťovní osobné údaje poisteného na účely uzatvárania, správy a plnenia tejto poistnej zmluvy podľa zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
- Poisťovníka informuje poistníka a poisteného, že osobné údaje spracúva v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) (ďalej len „Nariadenie“) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Poistník a poistený prehlasujú, že sa oboznámili s informáciami o spracúvaní jeho osobných údajov podľa Nariadenia, vrátane informácií o jeho právach. Zároveň berú na vedomie, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť aj na webovej stránke poisťovne www.kpas.sk v časti Ochrana osobných údajov (www.kpas.sk/stranka/ochrana-osobnych-udajov).

podpis poistníka

Podpis poistníka

totožnosť overená
podľa čísla OP alebo CP

odtlačok pečiatky právnickej osoby

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia (meno čitateľne) Ing. Knoll, svojím podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených údajov a v mene poisťovne uzatváram poistnú zmluvu.

v Kolíňanoch

dňa 3 | 0 | 0 | 3 | 2 | 0 | 2 | 2

podpis sprostredkovateľa poistenia