



9 4 7 | 9 | 0 | 0 | 0 | 4 | 1 | 3

Číslo návrhu poisťnej zmluvy

2220

NÁVRH POISTNEJ ZMLUVY PRE ÚRAZOVÉ POISTENIE – PRODUKT

U7 U8 U17 U18

POISŤOVŇA

KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group

Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava 1

IČO: 00 585 441

DIČ: 2020527300

IČ DPH: SK7020000746

Spoločnosť je členom skupiny pre DPH.

Registrácia: Obchodný register Okresného súdu BA I, odd: Sa, vložka 79/B

ZÍSKATEĽ

Získateľ 1	Podiel	Získateľ 2	Podiel
Kešeláková - 2527973326	100%		
Telefón ziskateľa 1 0948190604	E-mail ziskateľa 1 keselakova@koop.sk	Telefón ziskateľa 2	E-mail ziskateľa 2

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

Meno, priezvisko, titul (názov firmy) Obec Hnilec		Rodné číslo/IČO 0 0 3 2 9 1 4 2	
Číslo OP/pasu	Priemerný čistý mesačný príjem	Štátna príslušnosť	
Povolanie – oblasť podnikania (špecifikovať – zamestnaný, nezamestnaný, SZČO)			Štát
Adresa trvalého bydliska – ulica, číslo Huta 77/6	PSC 0 5 3 7 5	Miesto – dodacia pošta Hnilec	
Adresa pre korešpondenciu – ulica, číslo	PSC	Miesto – dodacia pošta	
IBAN		Názov banky	
Mobilný/telefonický kontakt			
E-mail			

B. POISTENÝ (ak je iný ako poisťník)

Meno, priezvisko, titul Drahomíra Krupárová		Rodné číslo 6 8 5 7 0 7 6 9 5 2	
Číslo OP/pasu EC429786	Priemerný čistý mesačný príjem	Štátna príslušnosť SR	
Povolanie – oblasť podnikania (špecifikovať – zamestnaný, nezamestnaný, SZČO) Upratovačka			Štát
Adresa trvalého bydliska – ulica, číslo Huta 7/8		Miesto – dodacia pošta Hnilec	
Mobilný/telefonický kontakt 0940786549		PSC 0 5 3 7 5	
E-mail			

9 4 7 | 9 0 0 0 4 1 3

C. OBSAH POISTENIA

Začiatok poistenia

1.11.2022

Koniec poistenia, koniec platenia poistného

31.3.2023

Poistená činnosť

- všetky činnosti zaradené do rizikovej skupiny 1 až 1
- pracovná činnosť mimopracovná činnosť

Upratovačka

V rizikovej skupine

1

V rozsahu
denne

hod.

4 hod

V prípade skupinového úrazového poistenia (U8, U18) je potrebné priložiť k návrhu predmetnej poistnej zmluvy aktuálny zoznam poistených osôb. V štruktúre: meno a priezvisko, rodné číslo, riziková skupina.

Druh poistenia	Poistná suma (ročný dôchodok denné odškodné) v eurách	Zľava v %	Mesačné (jednorazové) poistné v eurách
<input checked="" type="checkbox"/> Smrť následkom úrazu	2000		0,01
<input checked="" type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu	2000		0,02
<input checked="" type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia úrazu alebo	2000		0,06
<input type="checkbox"/> Denné odškodné za čas pracovnej neschopnosti v dôsledku úrazu alebo			
<input type="checkbox"/> Denné odškodné za pobyt v nemocnici v dôsledku úrazu			
<input type="checkbox"/> Invalidita násl. úrazu s výplatom dôchodku alebo			
<input type="checkbox"/> Invalidita násl. úrazu s výplatom poistnej sumy			
Mesačné (jednorazové) poistné celkovo vrátane dane z poistenia			12,90
z toho daň z poistenia			
Mesačné (jednorazové) poistné celkovo bez dane			
Dohodnutá splátka na úhradu			
- po zľave% za počet poistených osôb (len pre U8, U18),			
- po zľave% za spôsob platenia poistného (len pre U7, U8),			
- po zľave% za vek poisteného.			

Poistné za poskytované poistné krytie sa považuje za uhradené po zaplacení poistného vrátane dane z poistenia.

POISTNÉ OBDOBIE A SPÔSOB PLATENIA POISTNÉHO

- ročne polročne štvrtročne mesačne (nie je možné platiť poštovým peňažným poukazom)

V prípade označenia inej ako ročnej platby poistného poistník súhlasí s tým, že poistné za celé poistné obdobie bude splatné v príslušnom počte splátok. Pri ročnej platbe poistného je poistné splatné v prvý deň poistného obdobia. V prípade splatnosti poistného za celé poistné obdobie v splátkach sú jednotlivé splátky poistného splatné v prvý deň každého zvoleného obdobia, pričom prvým dňom sa rozumie deň, ktorého číselné označenie je zhodné so začiatkom poistného obdobia.

Druh platby:	inkaso z účtu platiteľa <input type="checkbox"/> IU	bezhotovostne bez avíza <input checked="" type="checkbox"/> KN	bezhotovostne s avízom <input type="checkbox"/> KZ	poštový peňažný poukaz <input type="checkbox"/> PZ
Variabilný bonus	z mesačnej sadzby za hlavné riziko 0,0909			

Od začiatku tohto poistenia sa ruší poistná zmluva číslo:

PRÁVO NA PLNENIE

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, prípadne podiel na plnení), resp. právnická osoba (obchodný názov, IČO)

Osoba (osoby) v zmysle § 817 Občianskeho zákonníka

Pre toto poistenie platia príslušné ustanovenia zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník, v znení neskorších predpisov, Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie č. 809, Rozsah nárokov a zmluvných dojednaní pre úrazové poistenie — produkty U7, U8, U17, U18_02 a dojednania v poistnej zmluve. Prvorazové 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. Výpoveďná lehota je osemdenná a po jej uplynutí poistenie zanikne.

PREHLÁSENIE POISTNÍKA

Poistník svojím podpisom prehlasuje, že:

- a) bol s dostatočným časovým predstihom pred uzatvorením poistnej zmluvy písomne oboznámený s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatváraného poistenia prostredníctvom Informačného dokumentu o poistnom produkte (ďalej len „IPID“), Formulára o zložkách poistného;
- b) bol s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poistnej zmluvy písomne oboznámený vo vzťahu k poistnej zmluve s informáciami o jednotlivých zložkách poistného, a to prostredníctvom Informačného formulára k neživotnému životnému poisteniu a životnému poisteniu bez odkupnej hodnoty;
- c) bol oboznámený so znením Všeobecných poistných podmienok poistenia, Osobitných poistných podmienok, Rozsahu nárokov zmluvných dojednaní pre úrazové poistenie - produkty U7, U8, U17, U18, ktoré sa vzťahujú na poistenie dojednané touto poistnou zmluvou (ďalej spolu aj ako „Poistné podmienky“) spolu s dokumentami uvedenými v bode a) a b) a ktoré:
 - prevzal v tlačenej podobe pri podpise tejto poistnej zmluvy;
 - pred uzatvorením tejto poistnej zmluvy mu boli na základe ustanovenia § 788 ods. 3 zákona č. 40/1964 Zb., v znení neskorších predpisov, oznámené a sprístupnené na webovom sídle poisťovne www.kooperativa.sk vo formáte pdf, s možnosťou jeho následného stiahnutia alebo tlače;
- d) úplne a pravdivo odpovedal na všetky otázky týkajúce sa dojednávania poistenia podľa tejto poistnej zmluvy a je oboznámený s povinnosťami v priebehu trvania poistenia bez zbytočného odkladu oznámiť poisťovni všetky prípadné zmeny v týchto údajoch;

e) bol oboznámený a súhlasí s variabilným bonusom v zmysle VPP, ktorý má vplyv na výšku poistného v priebehu trvania poistenia. Je si vedomý, že výška variabilného bonusu sa môže v súlade s VPP v priebehu trvania poistenia meniť, a ak s úpravou poistného z dôvodu zmeny variabilného bonusu nesúhlasí, môže do jedného mesiaca odo dňa doručenia oznámenia o úprave poistného v zmysle VPP poistnú zmluvu vypovedať.

2. V prípade, ak poistník a poistená osoba nie sú totožné osoby, poistník alebo oprávnená osoba prehlasuje, že má oprávnenie poskytnúť poisťovni osobné údaje poisteného alebo oprávnenej osoby 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.

3. Poisťovňa 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 prehlasuje, že sa oboznámil s informáciami o spracúvaní jeho osobných údajov podľa Nariadenia vrátane informácií o jeho právach. Zároveň berie na vedomie, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť aj na webovej stránke poisťovne.

Podpis poistníka



10.2022

Dátum uzavretia poistenia

Podpis poistníka

Podpis poisteného
(ak je iný ako poistník)

Meno a podpis zástupcu poisťovne
(čitateľne)