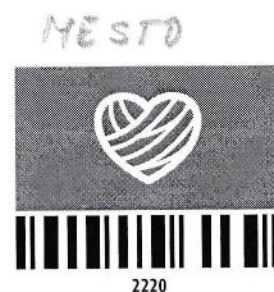


Mestský úrad Dolný Kubín

Centrálné číslo zmluvy: **7921/2022**

Číslo zmluvy odboru: **20111 / 2022**

K zmluve s centrálnym číslom: **1**



099 9 0 0 0 4 7 7

Číslo návrhu poisťnej zmluvy

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
2517187356	100%		
Telefón ziskateľa 1	E-mail ziskateľa 1	Telefón ziskateľa 2	E-mail ziskateľa 2

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

Meno, priezvisko, titul (názov firmy)		Rodné číslo/IČO	
MESTO Dolný Kubín		3 1 4 4 6 3	
Číslo OP/pasu	Priemerný čistý mesačný príjem	Štátna príslušnosť Slovenská	
Povolanie – oblasť podnikania (špecifikovať – zamestnaný, nezamestnaný, SZČO) pomocný pracovník			Štát Slovensko
Adresa trvalého bydliska – ulica, číslo	PSČ	Miesto – dodacia pošta	
Hviezdoslavovo námestie 1651/2	0 2 6 0 1	Dolný Kubín	
Adresa pre korešpondenciu – ulica, číslo	PSČ	Miesto – dodacia pošta	
Hviezdoslavovo námestie 1651/2	0 2 6 0 1	Dolný Kubín	
IBAN		Názov banky	
Mobilný/telefonický kontakt +421 915 382 010			
E-mail katarina.trubanova@dolnykubin.sk			

B. POISTENÝ (ak je iný ako poistník)

Meno, priezvisko, titul		Rodné číslo	
viď príloha			
Číslo OP/pasu	Priemerný čistý mesačný príjem	Štátna príslušnosť	
Povolanie – oblasť podnikania (špecifikovať – zamestnaný, nezamestnaný, SZČO)			Štát
Adresa trvalého bydliska – ulica, číslo			
Miesto – dodacia pošta			PSČ
Mobilný/telefonický kontakt			
E-mail			

099 9 0 0 0 4 7 7

C. OBSAH POISTENIA

Začiatok poistenia

01.01.2023

Koniec poistenia, koniec platenia poistného

30.06.2023

Poistená činnosť

☐ všetky činnosti zaradené do rizikovej skupiny 1 až☒ pracovná činnosť ☐ mimopracovná činnosť

V rizikovej skupine

V rozsahu

hod.

2.

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
☒ Smrť následkom úrazu	3000,00 €		0,60
☒ Trvalé následky úrazu	3000,00 €		1,20
☒ Čas nevyhnutného liečenia úrazu alebo	2000,00 €		2,64
☐ Denné odškodné za čas pracovnej neschopnosti v dôsledku úrazu alebo			
☐ Denné odškodné za pobyt v nemocnici v dôsledku úrazu			
☐ Invalidita násl. úrazu s výplatom dôchodku alebo			
☐ Invalidita násl. úrazu s výplatom poistnej sumy			
Mesačné (jednorazové) poistné celkovo vrátane dane z poistenia			80,32
z toho daň z poistenia			5,95
Mesačné (jednorazové) poistné celkovo bez dane			74,37
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 zaplatení 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 ☐ bezhotovostne bez aviza ☐ bezhotovostne s avízom ☐ poštový peňažný poukaz

☐ IU ☐ KN ☒ KZ ☐ PZ

Variabilný bonus

z mesačnej sadzby za hlavné riziko

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 dojednaní 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 osemdeňná a po jej uplynutí poistenie zanikne.

PREHLÁSENIE POISTNÍKA

1. 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;

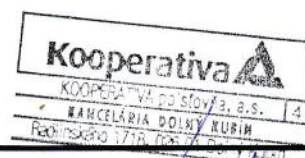
e) bol oboznámený a súhlasí s variabilným bonusom v zmysle VPP, ktorý má vplyv na výšku poistného v priebehu trvania poistenia. Je si vedomý, že výška variabilného bonusu sa môže v súlade s VPP v priebehu trvania poistenia meniť, a ak s úpravou poistného z dôvodu zmeny variabilného bonusu nesúhlasí, 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

[Podpis]



30.12.2022	<i>[Podpis]</i>		
Dátum uzavretia poistenia	Podpis poistníka	Podpis poisteného (ak je iný ako poistník)	Meno a podpis zástupcu poisťovne (čitateľne)

Zuzana Kostrošová