



9 4 8 | 9 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 8

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, oddiel: Sa, vložka 79/B

### ZÍSKATEĽ

Získateľ 1	Podiel	Získateľ 2	Podiel
Adriana Jančeková 2517438637			
Telefón ziskateľa 1 +421907858594	E-mail ziskateľa 1 kancelaria@admitrans.sk	Telefón ziskateľa 2	E-mail ziskateľa 2

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

Meno, priezvisko, titul (názov firmy) Centrum voľného času Nová Baňa		Rodné číslo/IČO 3 7 8 3 3 9 0 1	
Číslo OP/pasu	Priemerný čistý mesačný príjem	Štátna príslušnosť	
Povolanie - oblasť podnikania (špecifikovať - zamestnaný, nezamestnaný, SZČO)			Štát SR
Adresa trvalého bydliska - ulica, číslo Bernolákova 30	PSČ 9 6 8 0 1	Miesto - dodacia pošta Nová Baňa	
Adresa pre korešpondenciu - ulica, číslo Bernolákova 30	PSČ 9 6 8 0 1	Miesto - dodacia pošta Nová Baňa	
IBAN		Názov banky	
Mobilný/telefonický kontakt +421918060616			
E-mail			

### B. POISTENÝ (ak je iný ako poisťník)

Meno, priezvisko, titul		Rodné číslo	
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			



**C. OBSAH POISTENIA**Začiatok poistenia  
3.7.2023Koniec poistenia, koniec platenia poistného  
7.7.2023

Poistená činnosť

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

V rizikovej skupine

V rozsahu

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	15000		0,9
<input checked="" type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu	15000		2,7
<input checked="" type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia úrazu alebo	15000		7,638
<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			38,07
z toho daň z poistenia			2,82
Mesačné (jednorazové) poistné celkovo bez dane			35,25
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.			38,07 Eur

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 avíza      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. 829, Rozsah nárokov a zmluvných dojednaní pre úrazové poistenie — produkty U7, U8, U17, U18\_02 a dojednania 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 osemdeň a po jej uplynutí poistenie zanikne.

## PREHLÁSENIE POISTNÍKA

- Poistník svojím podpisom prehlasuje, že:
    - 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 „IPIID“), Formulára o zložkách poistného;
    - 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;
    - bol oboznámený so znením Všeobecných poistných podmienok poistenia, Osobitných poistných podmienok, Rozsahu nárokov a 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](http://www.kooperativa.sk) vo formáte pdf, s možnosťou jeho následného stiahnutia alebo tlače;
    - 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;
  - 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.
- 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.
  - 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

Novej Bani 27.6.2023

Dátum uzavretia poistenia

Podpis poistníka

Podpis poisteného  
(ak je iný ako poistník)

Meno a podpis zástupcu poisťovne  
(čitateľne)