



099 9 0 0 0 5 0 7

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, oddiel: Sa, vložka 79/B	

ZÍSKATEĽ			
Získateľ 1 Zuzana Kostršiová	Podiel 100%	Získateľ 2	Podiel
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) MESTO Dolný Kubín		Rodné číslo/IČO 0 0 3 1 4 4 6 3	
Číslo OP/pasu	Priemerný čistý mesačný príjem	Štátna príslušnosť Slovenská	
Povolanie - oblasť podnikania (špecifikovať - zamestnaný, nezamestnaný, SZČO)			Štát
Adresa trvalého bydliska - ulica, číslo Hviezdoslavovo námestie 1651/2	PSC 0 2 6 0 1	Miesto - dodacia pošta Dolný Kubín	
Adresa pre korešpondenciu - ulica, číslo Hviezdoslavovo námestie 1651/2	PSC 0 2 6 0 1	Miesto - dodacia pošta Dolný Kubín	
IBAN			Názov banky
Mobilný/telefonický kontakt +421905144615			
E-mail jana.freierova@dolnykubin.sk			

B. POISTENÝ (ak je iný ako poistník)			
Meno, priezvisko, titul Jozef Dobiáš dátum narodenia 16.11.1978		Rodné číslo	
Číslo OP/pasu	Priemerný čistý mesačný príjem	Štátna príslušnosť	
Povolanie - oblasť podnikania (špecifikovať - zamestnaný, nezamestnaný, SZČO) pomocný robotník			Štát
Adresa trvalého bydliska - ulica, číslo Dolný Kubín			
Miesto - dodacia pošta Dolný Kubín			PSC 0 2 6 0 1
Mobilný/telefonický kontakt			
E-mail			

C. OBSAH POISTENIA

Začiatok poistenia

01.03.2024

Koniec poistenia, koniec platenia poistného

31.12.2024

Poistená činnosť

 všetky činnosti zaradené do rizikovej skupiny 1 a ť pracovná činnosť mimopracovná činnosť

V rizikovej skupine 2.

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	3000,00 €		denná sadzba: 0,0200 €
<input checked="" type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu	8000,00 €		denná sadzba: 0,1066 €
<input checked="" type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia úrazu alebo	3000,00 €		denná sadzba: 0,1318 €
<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 výplatou dôchodku alebo			
<input checked="" type="checkbox"/> Invalidita násl. úrazu s výplatou poistnej sumy			
Mesačné (jednorazové) poistné celkovo vrátane dane z poistenia			79,07 € jednorazové poistné
z toho daň z poistenia			5,86 €
Mesačné (jednorazové) poistné celkovo bez dane			73,21 €
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 štvrt'ročne mesačne (nie je možné platiť poštovým peňauným 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 IU bezhotovostne bez avíza KN bezhotovostne s avízom KZ poštový peňauný poukaz PZ

Variabilný bonus po variabilnom bonuse: 79,07 € 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 osemdenná 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 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 prístupné 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

Dolnom Kubíľne : 29.02.2024			Zuzana Kostrošová
Dátum uzavretia poistenia	Podpis poistníka	Podpis poisteného (ak je iný ako poistník)	Meno a podpis zástupcu poisťovne (čitateľne)