

Zodpovedajúce okienka označte krížikom, údaje vyplňte paličkovým písmom

Číslo návrhu

8100089600

☒ Nová poistná zmluva

☐ Zmena existujúcej zmluvy

Nákladové číslo 687

Získateľské číslo 7302116

POISTNÍK/platiteľ poistného

Priezvisko, meno, titul/názov	ZAKLADNÁ ŠKOLA	RČ/IČO	SR47160	Štát, prísl.	SR	Kat. kl.	110
Meno a funkcia osoby konajúcej v mene práv. osoby	Marta Ichimovska - riaditeľka školy						
Trvalý pobyt/ulica, č.d.	Lebuška 1	PSČ	08005	Miesto/štát	PRESOV		
Korešp. adr. v SR/ulica, č.d.		PSČ		Miesto			
Typ preuk. totož.	OP	Číslo	NBJS1944	Dát. vydania	3.1.2023	Vydal orgán/štát	PRESOV
Tel. číslo	0911371862	E-mail		Dátum narodenia			

PRVÁ POISTENÁ OSOBA

Pohlavie: ☐ muž ☒ žena

Je poistená osoba P1 súčasne poistníkom? ☐ áno ☒ nie

len údaje označené *

Priezvisko, meno, titul	ŠVEC OVÁ ORA HOMIRA	RČ		prísl.	SR
Trvalý pobyt/ulica, č.d.		PSČ			
Korešp. adr. v SR/ulica, č.d.		PSČ			
Tel. číslo		E-mail		Súčasn. zamestnanie*	
Záujm. činnosť/šport (registrácia v šport. klube ☐ áno ☒ nie, súťaž ☐ pravid. ☐ nepravid.)				Nebezp. sk.*	A
Navštevuje šport. triedu ☐ áno ☒ nie*)				Kód zamest.*	

DRUHÁ POISTENÁ OSOBA (vyplňte v prípade rodinného poistenia)

Je adresa trvalého pobytu P2 zhodná s adresou trvalého pobytu P1? ☐ áno ☐ nie

Ak áno, tak nie je potrebné vyplňať adresu aj pre P2

Priezvisko, meno, titul		RČ		Štát, prísl.	
Trvalý pobyt/ulica, č.d.		PSČ		Miesto	
Tel. číslo		E-mail		Kód zamest.	
Záujm. činnosť/šport (registrácia v šport. klube ☐ áno ☐ nie, súťaž ☐ pravid. ☐ nepravid.)				Nebezp. sk.	
Súčasn. zamestnanie					

SPOLUPOISTENÉ DETI (vyplňte v prípade rodinného poistenia)

Kód zamest. 388 Neb. skupina Diéta

P3 Priezvisko, meno		RČ	
Záujm. činnosť/šport (reg. v šport. klube ☐ áno ☐ nie, súťaž ☐ pravid. ☐ nepravid.)			
P4 Priezvisko, meno		RČ	
Záujm. činnosť/šport (reg. v šport. klube ☐ áno ☐ nie, súťaž ☐ pravid. ☐ nepravid.)			

Doba trvania poistenia

Začiatok poistenia ²	3.0.05.2024	Zmena poistenia ³	20	Poistná doba	02 rokov
Počet dní (pri krátkodobom SÚP)	0.0.2 dni	☐ Neurčito (pri dlhodobom SÚP)			

Platenie poistného: Spôsob platenia poistného: ☐ Trvalý príkaz ☐ Inkaso ☒ Príkaz na úhradu ☐ Poštová poukážka
Periodicita platenia: Bežne ☐ Ročne ☐ Polročne ☐ Štvrťročne ☒ Jednorazovo

IBAN je štandardný medzinárodný formát čísla účtu

Číslo účtu v IBAN

Vysvetlivky:

¹ Ak je poistníkom právnická osoba uveďte jej IČO, názov a meno, funkciu, preukaz totožnosti osoby konajúcej v jej mene.
² V prípade, ak v návrhu PZ nie je uvedený začiatok poistenia, alebo ak je tento dátum zhodný s dátumom prevzatia návrhu alebo tomuto dátumu predchádza, za začiatok poistenia sa považuje nultá hodina dňa nasledujúceho po dni prevzatia návrhu poistiteľom.
³ V prípade navrhovanej zmeny poistenia poistník žiada, aby sa zmena poistenia vykonala k dátumu účinnosti zmeny poistenia, resp. k dátumu doručenia žiadosti o zmenu poistenia, ak dátum účinnosti zmeny nie je v návrhu uvedený. Ak nie je možné vykonať zmenu k tomuto dátumu, poistník žiada, aby sa zmena vykonala k najbližšiemu možnému dátumu nasledujúcemu po dátume účinnosti zmeny poistenia, resp. po dátume doručenia žiadosti o zmenu poistenia.
Koniec poistenia sa určuje z poistnej doby. Pokiaľ je poistná doba určená v celých rokoch, deň a mesiac dátumu konca poistenia sa zhoduje s dňom a mesiacom začiatku poistenia a rok konca poistenia je daný súčtom roku začiatku poistenia a poistnej doby. Trvanie krátkodobého poistenia vyplýva z poistnej doby, pričom začiatok poistenia je prvým dňom poistnej doby. Poistnú dobu „neurčito“ je možné dojednať v dlhodobom skupinovom úrazovom poistení.

Získateľ (priezvisko, meno)

Číslo získateľa

Kontakt na získateľa (tel. číslo, e-mail)

Kempová Janka

7302116

0915 992690

UNIQA poisťovňa, a.s., Lazaretská 15, 820 07 Bratislava 27, Slovenská republika

Telefonický kontakt: 0850 111 400, Web: <http://www.uniqua.sk>, E-mail: poistovna@uniqua.sk

IČO: 00 653 501, DIČ: 2021096242, IČ DPH: SK7020000229, Obchodný register Okresného súdu Bratislava I, Oddiel: Sa, vložka číslo: 843/B

Poistená skupina (vyplňte v prípade skupinového úrazového poistenia)

(P1 - P4 je označenie poistenej osoby)

Počet osôb	1	Počet osôb celkom zo všetkých návrhov poistníka	39
Číslo ostatných návrhov			
☐ Bez uvedenia mien	☒ S uvedením mien (zoznam poistených musí byť priložený k návrhu PZ)		
☒ Pre určitú skupinu	☐ Pre všetkých zamestnancov/členov definovanej skupiny		

Číslo návrhu

P100 0 P9600

Presné označenie vykonávanej činnosti (prac. zaradenie)/činnosti spolku (druh športu)/poistenej činnosti alebo podujatia

DOŠKOR NA ŠKOLSKOM VÝLETE

Tarifa R 401 ☐ Indexácia poistenia (každoročná úprava poistného a poistných súm v zmysle poistných podmienok)

VŠEOBECNÉ ÚDAJE

Oprávnená osoba pre prípad smrti úrazom P1

☐ Neurčujem	Oprávnená osoba (ďalej „OO“) sa určuje buď vzťahom k poistenému, alebo menom a rodným číslom (ďalej „RČ“). V prípade, že OO je určená súčasne menom a RČ a aj vzťahom, považuje sa za OO tá osoba, ktorá je určená menom a RČ. V prípade, že nie je označená kolónka „neurčujem“, ani „vzťahom“ a ani „menom“, považuje sa OO za neurčenú. OO v prípade rodinného poistenia je uvedená v zmluvných dojednaniach. Ak OO nemá RČ, uveďte dátum narodenia.		
☐ Vzťahom	Označte príslušný vzťah: ☐ Manžel/ka ☐ Deti ☐ Rodičia ☐ Iný vzťah (uveďte):		
☐ Menom	Priezvisko, meno	RČ	Podiel v %
☐ Menom	Priezvisko, meno	RČ	Podiel v %
☐ Menom	Priezvisko, meno	RČ	Podiel v %
☐ Menom	Priezvisko, meno	RČ	Podiel v %

(Ak nie je uvedená %-uálna výška podielu, resp. ak je súčet rôznych od 100 %, tak sa poistné plnenie rozdelí rovnakým dielom medzi uvedené oprávnené osoby.)

SPOLU: 100 %

VŠEOBECNÉ ÚDAJE

Súbežné poistenia: 1. Má poistený už uzavreté životné (Ž) alebo úrazové (Ú) poistenie, príp. má podaný návrh PZ?

☒ Nie ☐ Áno pre: P ☐ Ž ☐ Ú Spoločnosť? Číslo poisťky? Poistná suma? Platnosť?☒ Nie ☐ Áno pre: P ☐ Ž ☐ Ú Spoločnosť? Číslo poisťky? Poistná suma? Platnosť?

2. Bola žiadosť poisteného o poistenie uvedené v bode 1 odmietnutá alebo prijatá za sťažených podmienok?

☒ Nie ☐ Áno pre: P ☐ Ž ☐ Ú Ak áno - aké poistenie? Dôvod?☐ Nie ☐ Áno pre: P ☐ Ž ☐ Ú Ak áno - aké poistenie? Dôvod?

Rizikové činnosti: 3. Je alebo bude poistený (P1 - P4) vystavený zvláštnemu riziku alebo nebezpečenstvu?

(napr. silné žiarenie, výbušniny, potápanie, rýchlostné preteky, súkromné a športové lety, parašutizmus, paragliding, rogalo, bungee-jumping, extrémne športy, účasť na športových súťažiach a pod.)

☒ Nie ☐ Áno pre: P ☐ Opis rizika:☐ Nie ☐ Áno pre: P ☐ Opis rizika:

ÚDAJE O POISTENÍ

Typ poistenia (označte vždy len jednu možnosť)

1. Individuálne úrazové poistenie pre

☐ Dospelých (24-h. krytie) ☐ Dospelých (pracovný čas) ☐ Seniorov (24-h. krytie) ☐ Deti a mládež (24-h. krytie)
☐ Rodinné 100/75/50 (24-h. krytie) ☐ Rodinné 100/50/25 (24-h. krytie)

2. Skupinové úrazové poistenie pre

☐ Dospelých (24-h. krytie) ☐ Dospelých (pracovný čas) ☐ Spolky a záujmové združenia ☐ Deti a mládež (24-h. krytie)
☐ Športové kluby (24-h. krytie) ☐ Deti v MŠ, žiakov ZŠ a SŠ

3. Krátkodobé skupinové úrazové poistenie pre

☒ Dospelých (24-h. krytie) ☐ Dospelých (vymedzený čas) ☐ Deti a mládež (24-h. krytie) ☐ Deti v MŠ, žiakov ZŠ a SŠ

Poistné sumy pre poistenú skupinu S1:

☐ Pevné poistné sumy - násobok hrubého ročného príjmu poistených (pre trvalé následky úrazu a smrť úrazom)
 EUR Výška celkového hrubého ročného príjmu poistených

Vysvetlivky:

¹ Súčin sadzby ročného poistného a poistnej sumy.
² Uvedené poistenie je dojednávané, iba ak je preň uvedené ročné tarifné poistné a toto je započítané do bežného alebo jednorazového poistného.

(P1 - P4 je označenie poistenej osoby)

³ Výška a/alebo nárok na poistné plnenie sú uvedené v Zmluvných dojednaniach pre úrazové poistenie (ZD ÚP).

⁴ Vztahuje sa na poistenú osobu P1.

⁵ Vztahuje sa na poistené osoby P1, P3 - P4.

Číslo návrhu

P100089600

ÚDAJE O POISTENÍ

Poistné sumy a poistné pre poistenú osobu P1, S1:

Kód/Názov poistenia	Poistná suma	Ročné tarifné poistné ¹
800 Trvalé následky úrazu: s progresiou ☐ bez ☐ 350 % ☐ 500 % ☐ s progr. 500 % s plnením od 10 %	5000 EUR	11,50 EUR
Je možné dojsť len jednu z uvedených možností. Pokiaľ nie je označená žiadna možnosť, platí bez progresie.		
810 Smrť úrazom	5000 EUR	8,00 EUR
821 Denné odškodné od ☐ 1. dňa ☐ 10. dňa	EUR/deň	EUR
Pokiaľ nie je označená žiadna možnosť, považuje sa za požadované denné odškodné od 10. dňa.		
830 Nemocničné odškodné	EUR/deň	EUR
840 Úrazová hospitalizácia (Bolestné)	1 500 EUR ²	EUR
850 Úrazové náklady	EUR	EUR
861 Euroochrana	50 000 EUR ²	EUR
870 U-plus servis	20 EUR/deň ^{3,4}	BONUS
871 Zlomeniny kostí u detí	podľa ZD ÚP ^{3,5}	BONUS
881 Drobné úrazy	podľa ZD ÚP ^{2,3}	EUR
890 Zachraňovacie náklady	10 000 EUR ²	15,00 EUR
900 Čas nevyhnutného liečenia	EUR	EUR
910 Kozmetické operácie	EUR	EUR

Celkové ročné tarifné poistné pre 1 osobu/rodinu:	EUR
Celkové ročné tarifné poistné (vrátane všetkých zliav a prirážok pre všetky poistené osoby):	EUR
Bežné alebo jednorazové poistné (za príslušné obdobie):	4,28 EUR

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

	P1		P2		P3		P4	
	cm	kg	cm	kg	cm	kg	cm	kg
1. Aká je Vaša výška a hmotnosť?								
2. Ste v súčasnej dobe uznaný za práceneschopného?	☐ nie	☐ áno	☐ nie	☐ áno	☐ nie	☐ áno	☐ nie	☐ áno
3. Bola Vám priznaná invalidita?	☐ do 70% (vrátane)	☐ nad 70%	☐ do 70% (vrátane)	☐ nad 70%	☐ do 70% (vrátane)	☐ nad 70%	☐ do 70% (vrátane)	☐ nad 70%
4. Utrpeli ste úraz kostí, svalov alebo kĺbov za posledných 10 rokov?	☐ nie	☐ áno	☐ nie	☐ áno	☐ nie	☐ áno	☐ nie	☐ áno
5. Máte alebo mali ste v minulosti ochorenie: srdca a ciev, neurologické, duševné/psychické, onkologické, ochorenie krvi, pohybového aparátu a chrbtice, cukrovku, AIDS alebo HIV - pozitívitu?	☐ nie	☐ áno	☐ nie	☐ áno	☐ nie	☐ áno	☐ nie	☐ áno
6. Máte alebo mali ste v priebehu posledných 10 rokov choroby oka, zraku alebo predpísané dioptrie nad +10, poruchu sluchu alebo ochorenie ucha?	☐ nie	☐ áno	☐ nie	☐ áno	☐ nie	☐ áno	☐ nie	☐ áno
7. Boli ste za posledných 10 rokov hospitalizovaný/operovaný alebo máte plánovanú hospitalizáciu/operáciu? (okrem hospit. v súvislosti s tehotenstvom)	☐ nie	☐ áno	☐ nie	☐ áno	☐ nie	☐ áno	☐ nie	☐ áno

Kto je Váš ošetrojúci lekár? (meno, adresa ambulancie, tel. č.)

P1
P2

Údaje k bodu 1. - 7. zdravotného dotazníka, ak bola označená odpoveď „áno“. Uveďte meno poisteného, choroby, diagnózy, operácie (dátum), percento poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť (do 70 %, nad 70 %), počet dioptrií, užívané lieky, iné rozhodujúce skutočnosti.

Vysvetlivky:

PZ - poisťná zmluva
 OZ - Občiansky zákoník
 Z.z. - Zbierka zákonov
 NBS - Národná banka Slovenska

Ďalšie dojednania

VÝNIMKA NA VEK - MAILOVA
 KOMUNIKÁCIA

Číslo návrhu

1100089600

VYHLÁSENIA

Poistený svojím podpisom potvrdzuje, že spĺňa všetky podmienky poistiteľnosti v zmysle Všeobecných poisťných podmienok pre úrazové poistenie – 2016. Poistený súhlasí, aby poistiteľ podľa potreby zisťoval jeho zdravotný stav, ako aj ďalšie informácie potrebné pre určenie podmienok pre uzavretie, zmenu alebo pokračovanie poisťnej zmluvy, ako aj na určenie nárokov vyplývajúcich z poisťnej zmluvy. Zároveň splnomocňuje poistiteľa k jednaniu s príslušnými inštitúciami (lekári, nemocnice, iné zdravotnícke zariadenia a pod.) a v prípade potreby zbavuje tieto inštitúcie povinnosti zachovávať mlčanlivosť, ak je to možné.

Poistník/poistený svojím podpisom potvrdzuje súhlas s nasledovnými vyhláseniami: Všetkým otázkam v tomto návrhu PZ som porozumel a všetky mnou poskytnuté vyhlásenia, odpovede, osobné a ostatné údaje sú pravdivé, aktuálne a úplné a súhlasím s ich postúpením na zaisťovacie spoločnosti. V prípade, ak pri jednotlivých otázkach, resp. údajoch s možnosťou voľby „áno“ alebo „nie“, nie je vyplnená kolónka „áno“ a zároveň nie je vyplnená kolónka „nie“, platí ako odpoveď „nie“. Pred podpisom tohto návrhu som bol zo strany poistiteľa zrozumiteľne a písomne informovaný o všetkých údajoch platných pre dané poistenie v zmysle § 792a OZ v znení platnom v čase podpisu návrhu PZ, a to prostredníctvom návrhu PZ, ako aj Všeobecných poisťných podmienok pre úrazové poistenie – 2016, oceňovacích tabuliek, formulára o podmienkach uzavretia PZ v platnom znení podľa vzoru ustanoveného NBS a zmluvných dojednaní (ďalej len „podmienky“), ktorými sa poistenie, dojednané podľa tohto návrhu riadi, a súhlasím s nimi. Uvedené podmienky tvoria neoddeliteľnú súčasť poisťnej zmluvy. Potvrdzujem prevzatie písomných podmienok v čase pred podpisom návrhu PZ alebo ich prevzatie elektronickou poštou. Bol som oboznámený so všetkými skutočnosťami vyplývajúcimi z § 15 ods. 1 zákona č. 122/2013 Z. z. a ako dotknutá osoba som bol poučený o svojich právach uvedených v § 28 uvedeného zákona. Potvrdzujem, že som svoje osobné údaje poskytol dobrovoľne a bez nátlaku.

Beriem na vedomie nasledovné skutočnosti: Podmienky v písomnej forme sú k dispozícii na verejne dostupnej internetovej stránke poistiteľa www.uniga.sk, ako aj na pobočkách, resp. obchodných miestach poistiteľa.

Poistník týmto neodvolateľne záväzne vyhlasuje, že peňažné prostriedky použité na platenie poisťného z tejto poisťnej zmluvy sú jeho vlastníctvom a uzavretie tejto zmluvy vykonáva na vlastný účet. V prípade uzavretia zmluvy na cudzí účet alebo použitia prostriedkov inej osoby sa poistník zaväzuje poistiteľovi predložiť zákonom požadované doklady preukazujúce písomný súhlas tejto osoby.

Poistník svojím podpisom potvrdzuje, že súhlasí s prípadnou úpravou výšky bežného alebo jednorazového poisťného, resp. poisťnej sumy maximálne o 1 % v dôsledku elektronického spracovania dát a s úpravou rozsahu poistenia, resp. výšky poisťnej sumy alebo poisťného uvedeného v tomto návrhu poisťnej zmluvy v dôsledku ocenenia rizík bez toho, aby túto úpravu poistiteľ s ním prerokoval. Poistka zaslaná poistníkovi s takto upraveným rozsahom poistenia sa nepovažuje za protinávrh poistiteľa.

Poistník svojím podpisom potvrdzuje, že ak sa počas trvania poistenia stane politicky exponovanou osobou, neodkladne to oznámi poistiteľovi. Osobné údaje uvedené v zákone o poisťovníctve je poistiteľ oprávnený spracúvať v zmysle § 10 ods. 2 a ods. 3 písm. b) zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov aj bez súhlasu dotknutých osôb; osobné údaje môžu byť predmetom cezhraničného prenosu do krajín EU a Švajčiarska, ako aj do tretích krajín neposkytujúcich primeranú úroveň ochrany osobných údajov, a to iba v prípade, ak je prenos nevyhnutný na plnenie zmluvy medzi dotknutou osobou a poistiteľom; poistiteľ je oprávnený v súvislosti s výkonom poisťovacej činnosti osobné údaje poistníka/poisteného poskytnúť alebo sprístupniť tretej strane; aktuálny zoznam spoločností, ktorým sa osobné údaje môžu poskytnúť alebo sprístupniť, je zverejnený na internetovej stránke poistiteľa; informácie podľa § 15 ods. 1 a § 28 zákona č. 122/2013 Z. z. sú umiestnené na webovej stránke poistiteľa www.uniga.sk. Osobné údaje dotknutej osoby nebudú zverejňované. Poistník/poistený svojím podpisom potvrdzuje pravdivosť všetkých údajov uvedených v návrhu a žiada o uzatvorenie poistenia v rozsahu tohto návrhu.

Prešov 29.5.2024

Miesto, dátum prevzatia

Lesnícka 1
 REŠOV

Podpis po

resp. jeho, ktorým bolo poistenie uzavreté

* za poisťované neplnoleté deti podpisuje návrh PZ vždy ich zákonný zástupca

VYHLÁSENIE POISTITEĽA:

Potvrdzujem prevzatie tohto návrhu na uzavretie (zmenu) poisťnej zmluvy menom UNIQA poisťovne, a.s.. Poisťná zmluva je uzavretá (zmení sa) doručením oznámenia o prijatí návrhu poistiteľom klientovi.

Svojím podpisom prehlasujem, že som prevzal návrh poisťnej zmluvy a vykonal identifikáciu a overenie identifikácie klienta v zmysle § 7 a 8 zákona č. 297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu, a to overením totožnosti poistníka na základe preukazu totožnosti alebo výpisu z obchodného, resp. živnostenského registra. Poistiteľ je oprávnený na základe § 10 ods. 2 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov spracúvať osobné údaje stanovené osobitným zákonom o poisťovníctve.

Prešov 29.5.2024

Miesto, dátum prevzatia

prevzal a totožnosť poistníka** overil

** Poistiteľ je podľa právneho poriadku SR povinný pri uzavieraní poisťnej zmluvy požadovať preukázanie totožnosti poistníka a poistník je povinný takejto žiadosti vyhovieť.