

SKUPINOVÉ POISTENIE

Návrh poistnej zmluvy pre úrazové poistenie

Štefánikova 17, 811 05 Bratislava
IČO: 31 595 545, DIČ: 2021097089, IČ DPH: SK7020000746
Spoločnosť je členom skupiny registrovanej pre DPH, zapísaná v Obchodnom registri
Okresného súdu Bratislava I, oddiel: SA, vložka č. 3345/B (ďalej len „poskytovateľ“)

číslo návrhu
poistnej zmluvy

4801 4802 4805 4809
4801900790

ziskateľské číslo
sprostredkovateľa

2700102277

POISTNIK

Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko) / Názov firmy Muž Žena
Obec Dolný Lopašov

Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / Sídlo PSC Mobilný telefón/Tel. kontakt
Dolný Lopašov č. 79 9 2 2 0 4 0905467921

Korešpondenčná adresa (ulica, číslo domu, mesto), ak je iná, ako adresa trvalého bydliska PSC Priemerný čistý mesačný príjem
EUR

Dátum narodenia Rodné číslo / IČO Miesto narodenia Štátna príslušnosť
3 1 2 4 5 2

Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa)

Zamestnanie – druh, funkcia, povolanie, typ pracovnej činnosti E-mail

POISTENÍ menný zoznam poistených nomenované osoby

OPRÁVNENÉ OSOBY

V prípade smrti poisteného má právo na poistné plnenie (vyberte len jednu z možností 1., 2. alebo 3.)

1. zatiaľ neurčujem (osoba/osoby v zmysle § 817 Občianskeho zákonníka) 2. manžel/manželka deti rodičia
3. osoba určená menom (vypíšte podrobne nižšie) matka otec

Povinné údaje sú: priezvisko, meno a rodné číslo (alebo dátum narodenia), resp. v prípade právnickej osoby názov, IČO (uviesť len v prípade, ak ste zvolili bod 3.) % z poist. plnenia

ĎALŠIE DOJEDNANIA

Začiatok poistenia h h h určitá neurčitá
0 1 1 0 2 0 1 6 3 0 0 6 2 0 1 7

V prípade rizík poisteného, odlišných od rizík uvedených v tejto poist. zmluve, je poisťovateľ oprávnený zmeniť výšku poistnej sumy alebo poistného max. o 10 % podľa platných poistno-matematických zásad. V prípade neurčenia sa zachováva výška poistného.
Žiadam zachovať: (vyberte jednu z možností) výšku poistného výšku poistnej sumy

Spôsob platenia príkazom z účtu č. IBAN SWIFT (BIC) kód banky

poštový peňažný poukaz inak

prevodom z účtu OPU č.:

Interval platenia (poistné obdobia) ročne polročne štvrťročne mesačne jednorazovo

Buďšie špecifikujte udalosť a činnosti vykonávajúce počas tejto udalosti, na ktoré sa vzťahuje skupinové úrazové poistenie.

Poistení sú menovaní zamestnanci ZŠ Dolný Lopašov č. 249 podľa menného zoznamu poistených .

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina: B A

			Ročné suma	Ročné za skupinu
<input type="checkbox"/>	Smrť následkom úrazu	SMU	EUR	EUR
<input checked="" type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu	TNU	5.311,03 EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu s progresívnym plánom	TNUP	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Hospitalizácia následkom úrazu	OH	EUR	EUR
<input checked="" type="checkbox"/>	Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	1.991,64 EUR	EUR
Počet osôb: 6	<input type="checkbox"/> iné		EUR	EUR
Ročné / Jednorazové poistené za skupinu				25,92 EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina: B A

			Ročné suma	Ročné za skupinu
<input type="checkbox"/>	Smrť následkom úrazu	SMU	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu	TNU	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu s progresívnym plánom	TNUP	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Hospitalizácia následkom úrazu	OH	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	EUR	EUR
Počet osôb: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> iné		EUR	EUR
Ročné / Jednorazové poistené za skupinu				EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina: B A

			Ročné suma	Ročné za skupinu
<input type="checkbox"/>	Smrť následkom úrazu	SMU	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu	TNU	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu s progresívnym plánom	TNUP	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Hospitalizácia následkom úrazu	OH	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	EUR	EUR
Počet osôb: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> iné		EUR	EUR
Ročné / Jednorazové poistené za skupinu				EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina: B A

			Ročné suma	Ročné za skupinu
<input type="checkbox"/>	Smrť následkom úrazu	SMU	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu	TNU	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu s progresívnym plánom	TNUP	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Hospitalizácia následkom úrazu	OH	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	EUR	EUR
Počet osôb: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> iné		EUR	EUR
Ročné / Jednorazové poistené za skupinu				EUR

Záverečné ustanovenia

Poistník a poistený prehlasujú, že všetky jeho odpovede na písomné otázky poisťovateľa týkajúce sa poistenia sú pravdivé, úplné a pokiaľ neboli napísané jeho rukopisom, potvrdzuje, že ich overil(a) a sú pravdivé. Poistený vyhlasuje, že súhlasí, aby poisťovateľ zisťoval a preveroval jeho zdravotný stav vo všetkých zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť a u všetkých lekárov. Tiež splnomocňuje zástupcu poisťovateľa na právne úkony súvisiace s vyhotovením lekárskeho výpisov zo zdravotnej dokumentácie alebo k ich zapožičaniu za účelom vykonania prípadných zmien zo strany poisťovateľa a tiež k posúdeniu poistnej udalosti. Zároveň zbavuje mlčanlivosti voči poisťovateľovi všetkých lekárov v otázkach súvisiacich s jeho zdravotným stavom. Kópia tohto oprávnenia má takú istú platnosť ako originál. Poistník podpísaním tohto návrhu záväzne potvrdzuje, že peňažné prostriedky použité na úhradu poistného sú jeho vlastníctvom a poistnú zmluvu uzatvára na vlastný účet. Poisťovateľ a poistník sa dohodli, že ak je táto poistná zmluva označená

v záhlaví ako náhrada poistnej zmluvy (poistných zmlúv), poistná zmluva (poistné zmluvy), uvedená v záhlaví ako nahradzovaná, zanikne v celom rozsahu v okamihu začiatku poistenia dohodnutého touto poistnou zmluvou. Súčasne bude nahradená touto poistnou zmluvou a podmienkami a dojednaniami, ktoré sa k nej vzťahujú.

Pre potreby dojednaného poistenia sa účet uvedený v poistnej zmluve považuje za kontaktný a v prípade, že počas trvania poistného vzťahu dôjde k zmene, je poistník povinný túto zmenu písomne oznámiť poisťovateľovi, prípadne nahlásiť formou originálneho potvrdenia banky účet iný. V prípade zneužitia účtu alebo neoznámenia zmeny účtu nenesie poisťovateľ zodpovednosť za prípadnú vzniknutú škodu.

Pre toto poistenie platia príslušné ustanovenia Občianskeho zákonníka, Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie (VPP 1000-4), ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou poistnej zmluvy.

Každá zo zmluvných strán môže poistnú zmluvu vypovedať do 2 mesiacov od jej uzavretia, výpovedná lehota je 8 dní. Jej uplynutím poistná zmluva zanikne.

Poistník svojím podpisom potvrdzuje, že s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poistnej zmluvy bol písomne oboznámený s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatváratej poistnej zmluvy prostredníctvom Formulára o dôležitých zmluvných podmienkach uzatváratej poistnej zmluvy, ktorý prevzal. A zároveň potvrdzuje, že pred uzavretím poistnej zmluvy bol oboznámený so znením vyššie uvedených všeobecných poistných podmienok patriacich k tomuto poisteniu, ktoré následne aj prevzal v písomnej podobe.

Poistník podpisom poistnej zmluvy dáva súhlas na spracovanie osobných údajov v informačnom systéme poisťovateľa na účely priameho marketingu poisťovateľa (najmä informácie o novinkách, akciách a zľavách, ako aj o súťažiach, poistných produktoch a poskytovaných online službách a pod.) po dobu trvania poistného vzťahu: ÁNO / NIE. Poisťovňa informuje poistníka, že jeho osobné údaje spracúva podľa § 10 zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v spojení s § 78 zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Poistník v súlade s § 12 ods. 2 zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov dáva svoj súhlas, aby osobné údaje získané touto poistnou zmluvou a v rozsahu tejto poistnej zmluvy poskytol poisťovateľ iným právnickým a fyzickým osobám podnikajúcim v poradenskej a/alebo sprostredkovateľskej činnosti v oblasti poisťovníctva, ostatným subjektom a združeniam týchto subjektov podnikajúcim v poisťovníctve, zmluvným partnerom poisťovne (zoznam zmluvných partnerov je uverejnený na www.kpas.sk), iným oprávneným subjektom, do iných členských štátov EÚ, v prípade ak to bude nevyhnutné na zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností z tejto poistnej zmluvy. Poistník prehlasuje, že mu boli vopred poskytnuté údaje v zmysle § 15 zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov a bol ako dotknutá osoba poučený o svojich právach uvedených v § 28 zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Zároveň berie na vedomie, že text poučenia je možné nájsť aj na webovej stránke poisťovateľa.