

SKUPINOVÉ POISTENIE

Návrh poistnej zmluvy pre úrazové poistenie

KOMUNÁLNA POISTOVŇA

VIENNA INSURANCE GROUP

KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group

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 „poisťovňa“)

SP 0 0 0 0 1 1 3 6 7 0

VARIABILNÝ SYMBOL ☒ 4801 ☐ 4805 ☐ 4802 ☐ 4809

900730

POISTNÍK	Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko)		Muž	Žena
	☐ Poistený obec Rochovce		☐	☐
	Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / Sídl		PSČ	Mobilný telefón/Tel. kontakt
	Obecný úrad, Rochovce 150		0 4 9 3 6	
	Korešpondenčná adresa (ulica, číslo domu, mesto), ak je iná, ako adresa trvalého bydliska		PSČ	Priemerný čistý mesačný príjem
				EUR
	Dátum narodenia	Rodné číslo	Miesto narodenia	Štátna príslušnosť
		0 0 3 2 8 7 2 3		
Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa)				
Zamestnanie - druh, funkcia, povolanie, typ pracovnej činnosti			E-mail	
Ing. Stanislav Levrinc - starosta				

POISTENÍ

☐ menný zoznam poistených ☒ nemenované osoby

OPRÁVNENÉ OSOBY	V prípade smrti poisteného má právo na poistné plnenie (vyberte <u>len jednu</u> 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 (uvedte len v prípade, ak ste označili bod 3.)				
					% z poist. plnenia

ĎALŠIE DOJEDNANIA	Začiatok poistenia	Koniec poistenia	Doba poistenia	
	0 1 0 6 2 0 1 5	3 0 1 1 2 0 1 5	☒ určitá ☐ neurčitá	
	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		Interval platenia (poistné obdobie)	
☐ prevodom z účtu OPU č.: ☐ poštový peňažný poukaz		☐ ročne ☐ štvrťročne		
☒ prevodom z účtu č.: ☐		☐ polročne ☐ mesačne		
☐ inak ☐		☒ jednorazovo		

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca:	☐ športová činnosť	
	☒ pracovná činnosť	Aktivačné práce

Riziková skupina	☐	☒ Smrť následkom úrazu	SNU	Poistná suma	Poistné za skupinu
		☒ Trvalé následky úrazu	TNU	1659,70 EUR	EUR
		☐ Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	3319,39 EUR	EUR
		☐ Hospitalizácia následkom úrazu	UH	EUR	EUR
		☒ Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	663,88 EUR	EUR
Počet osôb	4	☐ Iné		EUR	EUR
Ročné / Jednorazové poistné za skupinu					20,48 EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca:	☐ športová činnosť	
	☐ pracovná činnosť	

Riziková skupina	☐	☐ Smrť následkom úrazu	SNU	Poistná suma	Poistné za skupinu
		☐ Trvalé následky úrazu	TNU	EUR	EUR
		☐ Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	EUR	EUR
		☐ Hospitalizácia následkom úrazu	UH	EUR	EUR
		☐ Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	EUR	EUR
Počet osôb		☐ Iné		EUR	EUR
Ročné / Jednorazové poistné za skupinu					EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca:	☐ športová činnosť	
	☐ pracovná činnosť	

Riziková skupina	☐	☐ Smrť následkom úrazu	SNU	Poistná suma	Poistné za skupinu
		☐ Trvalé následky úrazu	TNU	EUR	EUR
		☐ Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	EUR	EUR
		☐ Hospitalizácia následkom úrazu	UH	EUR	EUR
		☐ Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	EUR	EUR
Počet osôb		☐ Iné		EUR	EUR
Ročné / Jednorazové poistné za skupinu					EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca:	☐ športová činnosť	
	☐ pracovná činnosť	

Riziková skupina	☐	☐ Smrť následkom úrazu	SNU	Poistná suma	Poistné za skupinu
		☐ Trvalé následky úrazu	TNU	EUR	EUR
		☐ Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	EUR	EUR
		☐ Hospitalizácia následkom úrazu	UH	EUR	EUR
		☐ Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	EUR	EUR
Počet osôb		☐ Iné		EUR	EUR
Ročné / Jednorazové poistné za skupinu					EUR

Záverečné ustanovenia

Poistník a poistený prehlasujú, že všetky jeho odpovede na písomné otázky poisťovne 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 výpisu zo zdravotnej dokumentácie alebo k ich zapožičaniu za účelom vykonania prípadných zmien zo strany poisťovateľa a tiež k posúdeniu poisťovej 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 poisťového sú jeho vlastníctvom a poisťnú zmluvu uzatvára na vlastný účet.

Poisťovateľ a poisťník sa dohodli, že ak je táto poisťná zmluva označená

v záhlaví ako náhrada poisťnej zmluvy (poisťných zmlúv), poisťná zmluva (poisťné zmluvy), uvedená v záhlaví ako nahradzovaná, zanikne v celom rozsahu v okamihu začiatku poistenia dohodnutého touto poisťnou zmluvou. Súčasne bude nahradená touto poisťnou zmluvou a podmienkami a dojednaniami, ktoré sa k nej vzťahujú.

Pre potreby dojednaného poistenia sa účet uvedený v poisťnej zmluve považuje za kontaktný a v prípade, že počas trvania poisťného vzťahu dôjde k zmene, je poisťník 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 poisťné podmienky pre úrazové poistenie (VPP 1000-3), ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou poisťnej zmluvy.

Každá zo zmluvných strán môže poisťnú zmluvu vypovedať do 2 mesiacov od jej uzavretia, vypovedná lehota je 8 dní. Jej uplynutím poisťná zmluva zanikne.

Poistník podpisom poisťnej 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, poisťných produktoch a poskytovaných online službách a pod.) po dobu trvania poisťného vzťahu: ☒ ÁNO / ☐ NIE. Poisťovňa informuje poisťníka, 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 § 47 zákona č. 8/2008 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 poisťnou zmluvou a v rozsahu tejto poisťnej 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 poisťnej 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 poisťiteľa.

549		OBF 04
vzťahnosť overená podľa čísla OP alebo CP		pečiatka
V	Rožňave	dňa 3 1 0 5 2 0 1 5
Podpísaný sprostredkovateľ poistenia (meno čitateľne)		VSP 099269
		evidenčné číslo sprostredkovateľa poistenia
Súčasťou poisťnej zmluvy sú priložené dodatky		☐ menný zoznam
		☐ VPP 1000-3
		☒ Iné:
Miesto pre záznamy poisťovateľa		