

Zmluva č. 3/2018

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 „poisťovňa“)

 číslo návrhu
poistnej zmluvy

☐ 4801 ☐ 4802 ☐ 4805 ☐ 4809
 2802900737

 ziskateľské číslo
sprostredkovateľa

2700105216

POISTNÍK

Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko) / Názov firmy

Muž Žena

Obec Rimavská Baňa

Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / Sídlo

PŠČ

Mobilný telefón/Tel. kontakt

Hlavná 168/4, Rimavská Baňa

9 8 0 5 3

047/5495293

Korešpondenčná adresa (ulica, číslo domu, mesto), ak je iná, ako adresa trvalého bydliska

PŠČ

Priemerný čistý mesačný príjem

dtto

EUR

Dátum narodenia

☐ Rodné číslo / ☒ IČO

Miesto narodenia

Štátna príslušnosť

0 0 3 1 9 0 1 5

Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa)

Zamestnanie – druh, funkcia, povolanie, typ pracovnej činnosti

E-mail

POISTENÍ
☐ menný zoznam poistených

☐ nemenované 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 (uved'te len v prípade, ak ste označili bod 3.)

% z poist. plnenia

ĎALŠIE DOJEDNANIA

Začiatok poistenia

Koniec poistenia

Doba poistenia

2 7 0 2 2 0 1 8

2 6 0 2 2 0 1 9

☒ 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 ☐ príkazom z účtu č.: IBAN

SWIFT (BIC) kód banky

☒ poštový peňažný poukaz☐ inak☐ prevodom z účtu OPU č.:

Interval platenia (poistné obdobie)

☐ ročne☐ polročne☐ štvrťročne☐ mesačne☒ jednorazovo

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

Poisťuje sa osádka motorového vozidla.

**OBECNÝ ÚRAD
RIMAVSKÁ BAŇA**

Dátum: 28-02-2018

Číslo zápisu

Číslo spisu

Prílohy:

Vybavuje:

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca:	☒ športová činnosť	hasiči obecného úradu
	☒ pracovná činnosť	hasiči obecného úradu

Riziková skupina	☐	☒ Smrť následkom úrazu	SNU	Poistná suma	Poistné za skupinu
		☒ Trvalé následky úrazu	TNU	3320,00 EUR	4,85 EUR
		☐ Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	1660,00 EUR	4,04 EUR
		☐ Hospitalizácia následkom úrazu	UH	EUR	EUR
		☐ Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	EUR	EUR
Počet osôb	6	☒ Iné	IU	1660 EUR	0,93 EUR
Ročné / Jednorazové poistné za skupinu					58,86 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

Všeobecné 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 výpisu 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.

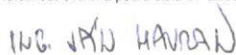
Poistník svojím podpisom potvrdzuje, že s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poistnej zmluvy bol písomne oboznámený s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatvárajúcej poistnej zmluvy prostredníctvom Formulára o dôležitých zmluvných podmienkach uzatvárajúcej poistnej zmluvy, ktorý prevzal. A 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.


podpis poistníka

OP = EH 737471

totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP



Obec Rimavská Baňa
Hlavná 168/4, 980 53 Rimavská Baňa
IČO: 00319015 DIČ: 2021230387
Tel./Fax.: +421 47 5495 293

pečiatka firmy

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia
(meno čitateľne)

údajov a v mene poisťovateľa uzatvára poistnú zmluvu.

v

Rimavská Baňa

dňa

2 | 6 | 0 | 2 | 2 | 0 | 1 | 8

, svojím podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených

podpis sprostredkovateľa poistenia