

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 ☐ 4809získateľské číslo
sprostredkovateľa

2700 10111 9

POISTNIK

POISTENÍ

OPRÁVNĚNÉ OSOBY

DAŁSIE DOJEDNANIA

ÚRAZOVÉ POISTENIE

 Prevažujúca: ☐ športová činnosť
☐ pracovná činnosť

Riziková skupina

☐

- ☐
- Smrť následkom úrazu
-
- ☒
- Trvalé následky úrazu
-
- ☐
- Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením
-
- ☐
- Hospitalizácia následkom úrazu
-
- ☒
- Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu

SNU

TNU

TNUP

UH

ČNL

Poistná suma

EUR

5 311,03

EUR

EUR

EUR

1 991,64

EUR

Poistné za skupinu

EUR

EUR

EUR

EUR

EUR

Počet osôb

11

☐ Iné

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu

44,52 EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

 Prevažujúca: ☐ športová činnosť
☐ pracovná činnosť

Riziková skupina

☐

- ☐
- Smrť následkom úrazu
-
- ☐
- Trvalé následky úrazu
-
- ☐
- Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením
-
- ☐
- Hospitalizácia následkom úrazu
-
- ☐
- Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu

SNU

TNU

TNUP

UH

ČNL

Poistná suma

EUR

EUR

EUR

EUR

EUR

Poistné za skupinu

EUR

EUR

EUR

EUR

EUR

Počet osôb

☐
☐ Iné

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu

EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

 Prevažujúca: ☐ športová činnosť
☐ pracovná činnosť

Riziková skupina

☐

- ☐
- Smrť následkom úrazu
-
- ☐
- Trvalé následky úrazu
-
- ☐
- Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením
-
- ☐
- Hospitalizácia následkom úrazu
-
- ☐
- Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu

SNU

TNU

TNUP

UH

ČNL

Poistná suma

EUR

EUR

EUR

EUR

EUR

Poistné za skupinu

EUR

EUR

EUR

EUR

EUR

Počet osôb

☐
☐ Iné

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu

EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

 Prevažujúca: ☐ športová činnosť
☐ pracovná činnosť

Riziková skupina

☐

- ☐
- Smrť následkom úrazu
-
- ☐
- Trvalé následky úrazu
-
- ☐
- Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením
-
- ☐
- Hospitalizácia následkom úrazu
-
- ☐
- Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu

SNU

TNU

TNUP

UH

ČNL

Poistná suma

EUR

EUR

EUR

EUR

EUR

Poistné za skupinu

EUR

EUR

EUR

EUR

EUR

Počet osôb

☐
☐ Iné

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu

EUR

Prečítané 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 zápožičaniu 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 neoznámene zmeny účtu nenesie poisťovateľ zodpovednosť za prípadnú vzniknutú škodu.

Pre toto poistenie platia príslušné ustanovenia Občianskeho zákonníka, Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie (VPP 1000-5), 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 a Informačného dokumentu o poistnom produkte (IPID), ktoré 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 Poistovník 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

totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP

pečiatka firmy

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia
(meno čitateľne)

údajov a v mene poisťovateľa uzatváram poistnú zmluvu.

V

dňa

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

podpis sprostredkovateľa poistenia

OBEC BAJKA

Dátum:	EX/21-LU:
22-10-2018	
Exdovieda číslo:	Exdovieda číslo:
Prílohy listy:	Vybavuje: