

--	--	--	--	--	--	--

Číslo návrhu poisťnej zmluvy

NÁVRH POISTNEJ ZMLUVY PRE ÚRAZOVÉ POISTENIE – PRODUKT

U7 U8 U17 U18

POISŤOVŇA			
KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava 1 IČO: 00 585 441 Spoločnosť je členom skupiny pre DPH. DIČ: 2020527300 Registrácia: Obchodný register Mestského súdu, Bratislava III, IČ DPH: SK7020000746 oddiel: Sa, vložka 79/B			
ZÍSKATEĽ			
Získateľ 1		Podiel	
Telefón získateľa 1		E-mail získateľa 1	
Získateľ 2		Podiel	
Telefón získateľa 2		E-mail získateľa 2	
A. POISTNÍK/POISTENÝ (ak nie je poistená iná osoba)			
Meno, priezvisko, titul (názov firmy)			Rodné číslo/IČO
Číslo OP/pasu	Priemerný čistý mesačný príjem	Štátna príslušnosť	
Povolanie – oblasť podnikania (špecifikovať – zamestnaný, nezamestnaný, SZČO)			Štát
Adresa trvalého bydliska – ulica, číslo	PSČ	Miesto – dodacia pošta	
Adresa pre korešpondenciu – ulica, číslo	PSČ	Miesto – dodacia pošta	
Mobilný/telefonický kontakt		E-mail	
Názov účtu (majiteľ účtu)			
Bankový účet (v tvare IBAN)			
V prípade zahraničnej banky uveďte ďalšie povinné údaje*			
Názov a adresa zahraničnej banky		SWIFT/BIC kód banky*	
*Zároveň Vás informujeme, že v prípade prevodu platby na zahraničný účet Vám môžu byť účtované poplatky za platbu.			
B. POISTENÝ (ak je iný ako poistník)			
Meno, priezvisko, titul			Rodné číslo
Číslo OP/pasu	Priemerný čistý mesačný príjem	Štátna príslušnosť	
Povolanie – oblasť podnikania (špecifikovať – zamestnaný, nezamestnaný, SZČO)			Štát
Adresa trvalého bydliska – ulica, číslo			
Miesto – dodacia pošta			PSČ
Mobilný/telefonický kontakt			
E-mail			

C. OBSAH POISTENIA

Začiatok poistenia

Koniec poistenia, koniec platenia poistného

Poistená činnosť

všetky činnosti zaradené do rizikovej skupiny 1 až

pracovná činnosť mimopracovná činnosť

V rizikovej skupine

V rozsahu

hod.

V prípade skupinového úrazového poistenia (U8, U18) je potrebné priložiť k návrhu predmetnej poistnej zmluvy aktuálny zoznam poistených osôb. V štruktúre: meno a priezvisko, rodné číslo, riziková skupina.

Druh poistenia	Poistná suma (ročný dôchodok denné odškodné) v eurách	Zľava v %	Mesačné (jednorazové) poistné v eurách
Smrť následkom úrazu			
Trvalé následky úrazu			
Čas nevyhnutného liečenia úrazu alebo			
☐ Denné odškodné za čas pracovnej neschopnosti v dôsledku úrazu alebo			
Denné odškodné za pobyt v nemocnici v dôsledku úrazu			
Invalidita násl. úrazu s výplatom dôchodku alebo			
Invalidita násl. úrazu s výplatom poistnej sumy			
Mesačné (jednorazové) poistné celkovo vrátane dane z poistenia			
z toho daň z poistenia			
Mesačné (jednorazové) poistné celkovo bez dane			
Dohodnutá splátka na úhradu			
- po zľave	% za počet poistených osôb (len pre U8, U18),		
- po zľave	% za spôsob platenia poistného (len pre U7, U8),		
- po zľave	% za vek poisteného.		

Poistné za poskytované poistné krytie sa považuje za uhradené po zaplatení poistného vrátane dane z poistenia.

D. POISTNÉ OBDOBIE A SPÔSOB PLATENIA POISTNÉHO

jednorazovo ročne polročne štvrtročne mesačne (nie je možné platiť poštovým peňažným poukazom)

V prípade označenia inej ako ročnej platby poistného poistník súhlasí s tým, že poistné za celé poistné obdobie bude splatné v príslušnom počte splátok. Pri ročnej platbe poistného je poistné splatné v prvý deň poistného obdobia. V prípade splatnosti poistného za celé poistné obdobie v splátkach sú jednotlivé splátky poistného splatné v prvý deň každého zvoleného obdobia, pričom prvým dňom sa rozumie deň, ktorého číselné označenie je zhodné so začiatkom poistného obdobia.

Druh platby:	inkaso z účtu platiteľa IU	bezhotovostne bez avíza KN	bezhotovostne s avízom KZ	poštový peňažný poukaz PZ
Variabilný bonus	z mesačnej sadzby za hlavné riziko			
Od začiatku tohto poistenia sa ruší poistná zmluva číslo:				

E. PLATOBNÉ ÚDAJE A BANKOVÉ ÚČTY POISŤOVNE

Konštantný symbol: 3558

Variabilný symbol: pre úhradu prvého poistného uveďte číslo návrhu poistnej zmluvy. Pre platby následného poistného bude variabilný symbol totožný s číslom poistnej zmluvy, ktoré prideli poisťovňa a oznámi na poisťke.

Názov banky	IBAN	SWIFT / BIC kód
Slovenská sporiteľňa, a.s.	SK2509000000000175126457	GIBASKBX
UniCredit Bank Czech Republic and Slovakia, a.s., pobočka zahraničnej banky	SK2911110000001029706001	UNCRSKBX
Všeobecná úverová banka, a.s.	SK110200000000090004012	SUBASKBX
365.bank, a. s.	SK3465000000000202120000	POBNSKBA
Prima banka Slovensko, a.s.	SK2056000000004804915001	KOMASK2X

PRÁVO NA PLNENIE

V prípade smrti poistenej osoby má právo na plnenie oprávnená osoba alebo osoby (meno, priezvisko, rodné číslo, prípadne podiel na plnení):

Osoba alebo osoby (meno, priezvisko, rodné číslo, adresa trvalého pobytu, štátna príslušnosť, doklad totožnosti - druh a číslo dokladu prípadne podiel na plnení), resp. právnická osoba (obchodný názov, IČO, typ právnej formy, zapísaná v, číslo zápisu, trvalá adresa (štát, ulica, číslo domu, mesto, PSČ), korešpondenčná adresa (štát, ulica, číslo domu, mesto, PSČ), adresa skutočného miesta výkonu podnikateľskej činnosti (štát, ulica, číslo domu mesto, PSČ):

Osoba (osoby) určené vzťahom (napr. manžel, manželka, matka, otec, syn, dcéra, brat, sestra):

V prípade viacerých osôb určených vzťahom je potrebné vyplniť aj dátum narodenia a podiel na plnení

Dátum narodenia:

Podiel na plnení:

Osoba (osoby) v zmysle § 817 Občianskeho zákonníka

Pre toto poistenie platia príslušné ustanovenia zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník, v znení neskorších predpisov, Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie č. 849, Rozsah nárokov a zmluvných dojednaní pre úrazové poistenie — produkty U7, U8, U17, U18_03 a dojednania v poistnej zmluve. Jednorazové poistné a poistné za prvé poistné obdobie je splatné v deň začiatku poistenia. Poistné na ďalšie poistné obdobia sú splatné vždy v prvý deň dojednaného poistného obdobia. Poistenie môže zaniknúť aj výpoveďou poistníka alebo poisťovne do dvoch mesiacov po uzavretí poistnej zmluvy. Výpovedná lehota je osemdenná a po jej uplynutí poistenie zanikne.

PREHLÁSENIE POISTNÍKA

1. Poistník svojím podpisom prehlasuje, že:

- a) bol s dostatočným časovým predstihom pred uzatvorením poistnej zmluvy písomne oboznámený s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatváraného poistenia prostredníctvom Informačného dokumentu o poistnom produkte (ďalej len „IPID“) znením Sadzobníka poplatkov, úrokov, limitov, obmedzenia na pripoisteníach, cenník úhrad za lekárske služby pre produkty spoločnosti Kooperatíva poisťovňa a.s. VIG, ktorý tvorí neoddeliteľnú súčasť poistnej zmluvy a tiež prehlasuje, že uvedené dokumenty prevzal v písomnej podobe;
- b) bol s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poistnej zmluvy písomne oboznámený vo vzťahu k poistnej zmluve s informáciami o jednotlivých zložkách poistného, a to prostredníctvom Informačného formulára k neživotnému poisteniu a životnému poisteniu bez odkupnej hodnoty Formulára o zložkách poistného;
- c) bol oboznámený so znením Všeobecných poistných podmienok poistenia, Osobitných poistných podmienok, Rozsahu nárokov a zmluvných dojednaní pre úrazové poistenie - produkty U7, U8, U17, U18, ktoré sa vzťahujú na poistenie dojednané touto poistnou zmluvou (ďalej spolu aj ako „Poistné podmienky“) spolu s dokumentami uvedenými v bode a) a b) a ktoré:
prevzal v tlačenej podobe pri podpise tejto poistnej zmluvy;
pred uzatvorením tejto poistnej zmluvy mu boli na základe ustanovenia § 788 ods. 3 zákona č. 40/1964 Zb., v znení neskorších predpisov, oznámené a sprístupnené na webovom sídle poisťovne www.kooperativa.sk vo formáte pdf, s možnosťou jeho následného stiahnutia alebo tlače;
- d) úplne a pravdivo odpovedal na všetky otázky týkajúce sa dojednávania poistenia podľa tejto poistnej zmluvy a je oboznámený

s povinnosťami v priebehu trvania poistenia bez zbytočného odkladu oznámiť poisťovni všetky prípadné zmeny v týchto údajoch;

- e) bol oboznámený a súhlasí s variabilným bonusom v zmysle VPP, ktorý má vplyv na výšku poistného v priebehu trvania poistenia. Je si vedomý, že výška variabilného bonusu sa môže v súlade s VPP v priebehu trvania poistenia meniť, a ak s úpravou poistného z dôvodu zmeny variabilného bonusu nesúhlasí, môže do jedného mesiaca odo dňa doručenia oznámenia o úprave poistného v zmysle VPP poistnú zmluvu vypovedať.
2. V prípade, ak poistník a poistená osoba nie sú totožné osoby, poistník alebo oprávnená osoba prehlasuje, že má oprávnenie poskytnúť poisťovni osobné údaje poisteného alebo oprávnenej osoby na účely uzatvárania, správy a plnenia tejto poistnej zmluvy podľa zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
3. Poisťovňa informuje poistníka a poisteného, že osobné údaje spracúva v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) (ďalej len „Nariadenie“), a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Poistník prehlasuje, že sa oboznámil s informáciami o spracúvaní jeho osobných údajov podľa Nariadenia vrátane informácií o jeho právach. Zároveň berie na vedomie, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť aj na webovej stránke poisťovne.

Podpis poistníka

Dátum uzavretia poistenia	Podpis poistníka	Podpis poisteného (ak je iný ako poistník)	Meno a podpis zástupcu poisťovne (čitateľne)
----------------------------------	-------------------------	---	---