



2-370-205049

212168

452

Vám podáva návrh na uzavretie poisťnej zmluvy

POISTNÍK (vypĺňa sa, ak poistník je fyzická osoba)	Priezvisko, meno, titul:	Rodné číslo:	Doklad totož. č.: Štát.prísl.:
	Trvalý pobyt: (ulica, číslo, mesto/obec)	PSČ:	Pošta:
 (vypĺňa sa, ak poistník je podnikajúca fyzická alebo právnická osoba)	Obchodné meno:	ICO:	DIČ, resp. IČ DPH:
	Obec Smižany	00691721	
	Sídlo / Miesto podnikania:	PSČ:	Pošta:
	Nám. M. Pajdušáka 50	053 11	Smižany
	Zapísaná v obchod.registri, resp.v inej evid.:	Zastúpená (meno, priezvisko):	
		Ing. Michal Kotrady, starosta	
	Trvalý pobyt: (ulica, číslo, mesto/obec)	Rodné číslo:	Doklad totož. č.: Štát.prísl.:
	<i>Tomášovská 44, 053 11 Smižany</i>		
	Kontaktná adresa: (ak je odlišná od adresy bydliska / sídla / miesta podnikania)	PSČ:	Pošta:
	Telefón / mobil:	E-mail:	Fax:
	Bankové spoj. - názov peňažného ústavu:	Číslo účtu:	Kód banky:

Toto poistenie sa riadi Všeobecnými poisťnými podmienkami pre poistenie úrazu a poistenie choroby, Osobitnými poisťnými podmienkami pre skupinovú poistenie úrazu a choroby a Osobitnými poisťnými podmienkami pre príslušné riziká podľa toho, ktoré riziká sú v poisťnej zmluve dojednané.

DOBA TRVANIA POISTENIA

Začiatok poistenia:

09.07.2012

Koniec poistenia:

31.12.2012

Časová obmedzenosť poistenia:

v čase vykonávania verejnoprospešných prác

ŠPECIFIKÁCIA SKUPINY POISTENÝCH OSÔB:**ŠPECIFIKÁCIA SKUPINY I:** osoby vykonávajúce verejnoprospešné práce**ŠPECIFIKÁCIA SKUPINY II:** _____**ŠPECIFIKÁCIA SKUPINY III:** _____**ROZSAH A OBSAH POISTENIA pre každého poisteného**

Dojednané riziko/Poistné krytie	Poistné sumy a poistné v EUR			POISTNÉ ZA JEDNOTLIVÉ RIZIKÁ
	SKUPINA I.	SKUPINA II.	SKUPINA III.	
Smrť následkom úrazu	3 320.00 EUR			1.53 EUR
Trvalá invalidita následkom úrazu	3 320.00 EUR			2.97 EUR
Trvalá invalidita následkom úrazu s progresívnym plnením	nepoistené			
Liečenie úrazu	nepoistené			
Zlomeniny a popáleniny následkom úrazu	nepoistené			
Denné odškodné za pobyt v nemocnici následkom úrazu *	nepoistené			
Denné odškodné za pobyt v nemocnici následkom úrazu alebo ochorenia**	nepoistené			
Operácia následkom úrazu	nepoistené			
Operácia následkom úrazu alebo ochorenia	nepoistené			

POISTNÉ

SKUPINA	Počet poistených v danej skupine	Jednorazové poistné na 1 poisteného v danej skupine	Výsledné jednorazové poistné za celú skupinu v EUR
I.	28	4.50 EUR	126.00 EUR
II.		EUR	EUR
III.		EUR	EUR
Výsledné jednorazové poistné za dojednanú dobu poistenia za všetky skupiny:			126.00 EUR

POISTENÉ OSOBY

Osoby poistené touto poistnou zmluvou sú uvedené v Prílohe č. 1. Poistené osoby sa uvádzajú menom, priezviskom a dátumom narodenia.

OSOBITNÉ DOJEDNANIE

Dojednáva sa, že minimálne jednorazové poistné za poistnú zmluvu (bez ohľadu na počet poistených osôb) je 30,00 EUR.

PLATENIE POISTNÉHO

Jednorazové poistné vo výške: 126.00 EUR je splatné dňa 16.07.2012 (dd.mm.rr)

Poistník uhrádza poistné na účet poisťovne č. 1100350301/8130 v Citibank Europe plc, pobočka zahraničnej banky, variabilný symbol je číslo poistnej zmluvy, konštantný symbol 3558.

PREHLÁSENIE POISTNÍKA

Som oboznámený s právami a povinnosťami vyplývajúcimi z poistnej zmluvy, Všeobecných poistných podmienok pre poistenie úrazu a poistenie choroby, Osobitných poistných podmienok pre skupinové poistenie úrazu a choroby a Osobitných poistných podmienok pre príslušné riziká podľa toho, ktoré sú v poistnej zmluve dojednané. Prehlasujem, že všetky údaje uvedené v tejto poistnej zmluve zodpovedajú skutočnosti. Poistnú zmluvu prijímam a vyhlasujem, že všetky moje odpovede na písomné otázky uvedené v tejto poistnej zmluve sú pravdivé a úplné. Zároveň potvrdzujem, že som bol oboznámený so všeobecnými poistnými podmienkami a zmluvnými dojednaniami, ktoré sú súčasťou tejto poistnej zmluvy a že som ich v písomnej forme prevzal. Všetkým ustanoveniam tejto poistnej zmluvy rozumiem a súhlasím s nimi. Súhlasím, aby poisťiteľ počas trvania tohto poistenia a po dobu archivácie poistnej zmluvy spracúval v zmysle zákona o ochrane osobných údajov tieto moje osobné údaje: meno, priezvisko, titul, trvalý pobyt, číslo dokladu totožnosti, štátna príslušnosť, kontaktná adresa, rodné číslo, kontaktné telefónne číslo, faxové číslo, adresu elektronickej pošty a bankové spojenie, za účelom poskytovania poisťovacích služieb a marketingových činností poisťiteľa. Súhlasím s vyhotovením fotokópií z predložených úradných dokladov. Zároveň súhlasím, aby poisťiteľ poskytoval moje osobné údaje tretej osobe za účelom správy a vymáhania pohľadávok a v prípade potreby aj tretej osobe v zahraničí za účelom zaistenia. Taktiež súhlasím s poskytovaním týchto údajov sprostredkovateľom poistenia. Tento súhlas je možné odvolať v prípade porušovania mojich práv a slobôd poisťiteľom v zmysle zákona o ochrane osobných údajov.

Dátum uzavretia (prijatia návrhu) poistnej zmluvy: 06.07.2012

Podpis poistníka

Podpis osoby poverenej dojednaním poistenia

*) Eliminačné obdobie 3 dni. M. Podľašný Eliminačné obdobie 1 deň

Prílohy:

Príloha č. 1 - Zoznam poistených osôb vykonávajúcich verejnoprospešné práce

Príloha č. 2 - Všeobecné poistné podmienky pre poistenie úrazu a poistenie choroby (QIE380/10/01)

Príloha č. 3 - Osobitné poistné podmienky pre skupinové poistenie úrazu a choroby (QIE388/10/01)

Príloha č. 4 - Osobitné poistné podmienky úrazového poistenia pre riziko smrti následkom úrazu a trvalej invalidity následkom úrazu (QIE381/10/01)