

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

330

VARIABILNÝ
SYMBOL

4801
4802

4805
4809

900699

POISTNÍK

Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko)

Muž Žena

☐ Poistený

Obce ROVNĚ v zast. Ing. Jozef BACÁŽ - starosta obce

☒ ☐

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

PSČ

Mobilný telefón/Tel. kontakt

ROVNĚ 154, p. Vyšný Hrušov

01617132

0908892076

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

PSČ

Priemerný čistý mesačný príjem

EUR

Dátum narodenia/IČO

Rodné číslo/DIČ

Miesto narodenia

Štátna príslušnosť

0103231489

2102111731781

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 (uvedte len v prípade, ak ste označili bod 3.)

% z poist. plnenia

3. POISTENÁ OSOBA 2 MENNÉHO ZOZNAMU

11010

ĎALŠIE
DOJEDNANIA

Začiatok poistenia

Koniec poistenia

Doba poistenia 10 dní (2APAS)

1101042015

11101612015

☒ 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

☐ prevodom z účtu OPU č.:

☒ poštový peňažný poukaz

☐ prevodom z účtu č.:

☐ inak

Interval platenia (poistné obdobie)

☐ ročne

☐ štvrtročne

☐ polročne

☐ mesačne

☒ jednorazovo

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: ☒ športová činnosť ☐ pracovná činnosť 10 DVI - OBLASTNÁ SÚTAŽ VO FUTBALE

Riziková skupina ☐ ☐ Smrť následkom úrazu SNU EUR EUR
☒ Trvalé následky úrazu TNU 6638,78 EUR 31,87 EUR
☐ Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením TNUP EUR EUR
☐ Hospitalizácia následkom úrazu UH EUR EUR
☒ Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu ČNL 1659,40 EUR 16,37 EUR

Počet osôb ☐ Iné EUR EUR

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu 48,24 EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: ☐ športová činnosť ☐ pracovná činnosť

Riziková skupina ☐ ☐ Smrť následkom úrazu SNU EUR EUR
☐ 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 EUR EUR
☐ 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 EUR EUR
☐ 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

Zverejnenie 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 poisťovnej 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 poisťovného sú jeho vlastníctvom a poisťnú zmluvu uzatvára na vlastný účet.

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

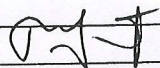
v záhlaví ako nahrada poisťnej zmluvy (poistných zmlúv), poisťná zmluva (poistné zmluvy), uvedená v záhlaví ako nahradzovaná, zanikne v celom rozsahu v okamihu začiatku poistenia dohodnutého touto poisťnou zmluvou. Súčasne bude nahradená touto poisťnou zmluvou a podmienkami a dojednaniami, ktoré sa k 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 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 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 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 § 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 poisťovateľa.


podpis poistníka (štátutárneho zástupcu)

OP E2 934603
totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP

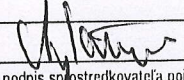
Obec Rovné
087 32 Rovné 154
IČO:00323489
DIČ:2021173781

pečiatka firmy

V ROVNOM

dňa 09.04.2015

133313
evidenčné číslo sprostredkovateľa poistenia


podpis sprostredkovateľa poistenia

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia (meno čitateľne)

MICHA KOVÁČ

svojím podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaného, požiadám za právnu zodpovednosť uvedených údajov a v mene poisťovne uzatvárať poisťnú zmluvu.

INSIA
INSIA SK s.r.o.
www.insia.sk
Michal Kováč, tel.: 0905 620 500
ná základe plnej moci

Súčasťou poisťnej zmluvy sú priložené dodatky

☒ menný zoznam

☐ VPP 1000-3

☐ Iné:

Miesto pre záznamy poisťovateľa

1. Menný zoznam 160508.
2. HRACIE DULI ZAPASY: 1. 12. 4. 2015, 2. 14. 4. 2015, 3. 26. 4. 2015, 4. 3. 5. 2015, 5. 10. 5. 2015,
6. 17. 5. 2015, 7. 24. 5. 2015, 8. 31. 5. 2015, 9. 7. 6. 2015, 10. 14. 6. 2015.