

poisteni ziadok 2016/2017



VIENNA INSURANCE GROUP

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“)

4801 4802 4805 4809

číslo návrhu poistnej zmluvy

ziskateľské číslo sprostredkovateľa

POISTNÍK

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

Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / Sídlo PSČ Mobilný telefón/Tel. kontakt

Korešpondenčná adresa (ulica, číslo domu, mesto), ak je iná, ako adresa trvalého bydliska PSČ Priemerný čistý mesačný príjem EUR

Dátum narodenia Rodné číslo / IČO Miesto narodenia Štátna príslušnosť

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ĎALŠIE DOJEDNANIA

Začiatok poistenia h Koniec poistenia h Doba poistenia 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.

Ziadam 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 štvrtročne mesačne jednorazovo

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

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť
 pracovná činnosť

Riziková skupina

0

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

Počet osôb

697

Iné

SNU

TNU

TNUP

UH

ČNL

Poistná suma

EUR

1327,76 EUR

EUR

EUR

1327,76 EUR

EUR

Poistné za skupinu

EUR

EUR

EUR

EUR

EUR

EUR

1617,04 EUR

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu

1617,04 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

Počet osôb

Iné

SNU

TNU

TNUP

UH

ČNL

Poistná suma

EUR

EUR

EUR

EUR

EUR

EUR

EUR

Poistné za skupinu

EUR

EUR

EUR

EUR

EUR

EUR

EUR

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

Počet osôb

Iné

SNU

TNU

TNUP

UH

ČNL

Poistná suma

EUR

EUR

EUR

EUR

EUR

EUR

EUR

Poistné za skupinu

EUR

EUR

EUR

EUR

EUR

EUR

EUR

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

Počet osôb

Iné

SNU

TNU

TNUP

UH

ČNL

Poistná suma

EUR

EUR

EUR

EUR

EUR

EUR

EUR

Poistné za skupinu

EUR

EUR

EUR

EUR

EUR

EUR

EUR

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu

EUR

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 výpisov zo zdravotnej dokumentácie alebo k ich zapožičaniu za účelom vykonania prípadných zmien zo strany poisťovateľa a tiež k posúdeniu poistnej udalosti. Zároveň zjavuje mlčanlivosť 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 uzatváratej poistnej zmluvy prostredníctvom Formulára o dôležitých zmluvných podmienkach uzatváratej 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 s ú h l a s 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 Poistovnía 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 s ú h l a s, 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

Prešove

dňa

2 | 0 | 0 | 9 | 2 | 0 | 1 | 6

svojím podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených

KOMUNÁLNIA
POISŤOVNIA

WIENNA INSURANCE GROUP

KOMUNÁLNIA poisťovňa, a.s.

Winnay Insurance Group

Štefánikova 17, 811 05 Bratislava

podpis sprostredkovateľa poistenia

IČO: 31 800 000746 (190)