

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 4809
4801901681

získateľské číslo sprostredkovateľa 1009622089

POISŤNÍK

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

Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / Sídlo PSČ Mobilný telefón/Tel. kontakt
Kluknava 43, Kluknava 0 5 3 5 1

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

Dátum narodenia Rodné číslo / IČO Miesto narodenia Štátna príslušnosť
0 0 3 5 5 4 6 5 7 3

Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa)
ZŠ Kluknava

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

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |

ĎALŠIE DOJEDNANIA

Začiatok poistenia Koniec poistenia Doba poistenia
2 1 0 9 2 0 1 7 0 0 . 0 0 h 3 1 0 8 2 0 1 8 h 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 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

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

Úrazové poistenie počas školskej dochádzky pre nasledujúci školský rok 2017/2018. Variant A.

Žiadam o vystavenie certifikátov

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina: 0

| | | Poistná suma | Poistné za skupinu |
|-------------------------------------|--|--------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Smrť následkom úrazu | SNU | EUR |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Trvalé následky úrazu | TNU | 1327,76 EUR |
| <input type="checkbox"/> | Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením | TNUP | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Hospitalizácia následkom úrazu | UH | EUR |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu | ČNL | 1327,76 EUR |
| <input type="checkbox"/> | Iné | | EUR |

Počet osôb: 719

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu: 1668,08 EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina:

| | | Poistná suma | Poistné za skupinu |
|--------------------------|--|--------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Smrť následkom úrazu | SNU | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Trvalé následky úrazu | TNU | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením | TNUP | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Hospitalizácia následkom úrazu | UH | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu | ČNL | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Iné | | EUR |

Počet osôb:

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu: EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina:

| | | Poistná suma | Poistné za skupinu |
|--------------------------|--|--------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Smrť následkom úrazu | SNU | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Trvalé následky úrazu | TNU | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením | TNUP | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Hospitalizácia následkom úrazu | UH | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu | ČNL | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Iné | | EUR |

Počet osôb:

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu: EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina:

| | | Poistná suma | Poistné za skupinu |
|--------------------------|--|--------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Smrť následkom úrazu | SNU | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Trvalé následky úrazu | TNU | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením | TNUP | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Hospitalizácia následkom úrazu | UH | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu | ČNL | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Iné | | EUR |

Počet osôb:

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu: EUR

Záverečné 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 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 poisťník 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 poisťník povinný túto zmenu písomne oznámiť poisťovateľovi, prípadne nahlásiť formou originálneho potvrdenia banky účtu iný. V prípade zneužitia účtu alebo neoznámenej 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 uzatvorením poistnej zmluvy bol písomne oboznámený s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatvárajúcej poistnej zmluvy prostredníctvom Formulára o dôležitých zmluvných podmienkach uzatvárajúcej poistnej zmluvy, ktorý prevzal. A zároveň potvrdzuje, že pred uzatvorením 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. Poisťovňa informuje poisťníka, 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.

RNDr. Jela Zimnermannová
podpis poisťníka

HG 154322
totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP

ZÁKLADNÁ ŠKOLA
KLUKNAVA 43
pečiatka firmy

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia
(meno štáľne)

Nikola Čundáková

KOMUNÁLNA
POISŤOVŇA

potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených

údajov a v mene poisťovateľa uzatvára poistnú zmluvu.

VIENNA INSURANCE GROUP

v

Prešove

KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s.

Vienna Insurance Group

dňa

2 | 0 | 0 | 9 | 2 | 0 | 1 | 7

Štefánikova 17, 811 05 Bratislava

IČO: 31 595 545. IČ DPH: SK7020000746 (19%) podpis sprostredkovateľa poistenia