

BALÍKOVÉ ÚRAZOVÉ POISTENIE

Návrh poistnej zmluvy pre úrazové poistenie

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

61 1 10097

VARIABILNÝ SYMBOL

4020 007441

POISTENÝ

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

OGUREC PETER

Muž Žena

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

ZABUCKEHY 58

PSČ

031140

Mobilný telefón/Tel. kontakt

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

PSČ

031140

Priemerný čistý mesačný príjem

4507

EUR

Dátum narodenia

Rodné číslo

Miesto narodenia

MARTIN

Štátna príslušnosť

SK

Zamestnanie - druh, funkcia, povolanie, typ pracovnej činnosti

GAZDAR

E-mail

Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko)

Poistený

OGUREC ZABUCKEHY

Muž Žena

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

OGUREC ZABUCKEHY č. 145, ZABUCKEHY

PSČ

031140

Mobilný telefón/Tel. kontakt

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

PSČ

031140

Priemerný čistý mesačný príjem

EUR

Dátum narodenia

Rodné číslo

Miesto narodenia

0991171971

Štátna príslušnosť

Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa)

Zamestnanie - druh, funkcia, povolanie, typ pracovnej činnosti

E-mail

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

Vstupný vek

42 rokov

Začiatok poistenia (náhrady)

01.01.2016

Doba poistenia

neurčitá

Spôsob platenia

príkazom z účtu OPU č.:

prevodom z účtu č.:

inak

poštový peňažný poukaz

Podpísaný (meno čitateľa) a v mene p

v

Miesto pre

PREDMET POISTENIA	Vyberte <u>len jednu</u> z možností:		<input type="checkbox"/> Variant 1	<input type="checkbox"/> Variant 2	<input checked="" type="checkbox"/> Variant 3	<input type="checkbox"/> Variant 4		
	Poistná suma	Ročné poistné	Poistná suma	Ročné poistné	Poistná suma	Ročné poistné		
Smrť následkom úrazu - SNU	2 000 EUR	3,00 EUR	2 000 EUR	3,00 EUR	8 000 EUR	12,00 EUR	20 000 EUR	30,00 EUR
Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením - TNUP	5 000 EUR	20,00 EUR	5 000 EUR	20,00 EUR	10 000 EUR	40,00 EUR	10 000 EUR	40,00 EUR
Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu - ČNL	1 000 EUR	15,00 EUR	3 000 EUR	45,00 EUR	3 000 EUR	45,00 EUR	3 500 EUR	52,50 EUR
Interval platenia	<input type="checkbox"/> ročne	35,90 EUR	<input type="checkbox"/> ročne	63,90 EUR	<input checked="" type="checkbox"/> ročne	87,66 EUR	<input type="checkbox"/> ročne	110,56 EUR
	<input type="checkbox"/> polročne	18,67 EUR	<input type="checkbox"/> polročne	33,23 EUR	<input type="checkbox"/> polročne	47,79 EUR	<input type="checkbox"/> polročne	60,27 EUR
					<input type="checkbox"/> štvrťročne	24,35 EUR	<input type="checkbox"/> štvrťročne	30,71 EUR

PEŇAŽNÝ ÚSTAV POISTOVNE:

Prima banka Slovensko, a.s.
SLS, a.s.
Tatra banka, a.s.

ČÍSLO ÚČTU IBAN / SWIFT (BIC) KÓD BANKY:

SK87 5600 0000 0012 0022 2008 / KOMASK2X
SK28 0900 0000 0001 7819 5386 / GIBASKBX
SK60 1100 0000 0026 2322 5520 / TATRSKBX

Záverečné 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 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 protiedky 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 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 1000-3), 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 podpisom poistnej zmluvy dáva súhlas a 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 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 a, 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 poisťiteľa.

podpis poistníka totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP

podpis poisteného (zákonného zástupcu) totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia (meno čitateľne) a v mene poisťiteľa uzatváram poistnú zmluvu.

, svojím podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených údajov

v dňa

evidénčné číslo sprostredkovateľa poistenia podpis sprostredkovateľa poistenia

Miesto pre záznamy poisťovateľa