

**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“)

 číslo návrhu  
poistnej zmluvy

**4020** 012926

 ziskateľské číslo  
sprostredkovateľa

21 14097

**POISTENÝ**

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

Dátum narodenia

 Rodné číslo /  IČO

Miesto narodenia

Štátna príslušnosť

EUR

Zamestnanie - druh, funkcia, povolanie, typ pracovnej činnosti

E-mail

**POISTNÍK**

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

Muž Žena

 Poistený

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

Dátum narodenia

 Rodné číslo /  IČO

Miesto narodenia

Štátna príslušnosť

EUR

Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa)

Zamestnanie - druh, funkcia, povolanie, typ pracovnej činnosti

E-mail

**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**

Vstupný vek

 rokov

Začiatok poistenia (náhrady)

Doba poistenia

**neurčitá**

 Spôsob platenia  príkazom z účtu č.: IBAN

 SWIFT (BIC) kód banky 
 poštový peňažný poukaz

 inak

 prevodom z účtu OPU č.:

PREDMET POISTENIA	Variant 1		Variant 2		Variant 3		Variant 4	
	Poistná suma	Ročné poistné	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	<b>35,90 EUR</b>	<input type="checkbox"/> ročne	<b>63,90 EUR</b>	<input type="checkbox"/> ročne	<b>87,66 EUR</b>	<input type="checkbox"/> ročne	<b>110,56 EUR</b>
	<input type="checkbox"/> polročne	<b>18,67 EUR</b>	<input type="checkbox"/> polročne	<b>33,23 EUR</b>	<input type="checkbox"/> polročne	<b>47,79 EUR</b>	<input type="checkbox"/> polročne	<b>60,27 EUR</b>
					<input type="checkbox"/> štvrťročne	<b>24,35 EUR</b>	<input type="checkbox"/> štvrťročne	<b>30,71 EUR</b>

**PEŇAŽNÝ ÚSTAV POISŤOVNE:**

Prima banka Slovensko, a.s.  
SLSP, 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 / TATRSK BX

**Záverečné ustanovenia**

Poistník a poistený prehlasujú, že všetky jeho odpovede na písomné otázky poisťovateľa týkajúce sa poistenia sú pravdivé, úplné a pokiaľ neboli písané 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.

Poistník svojím podpisom potvrdzuje, že s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím 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 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 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 § 78 zákona 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

podpis poisteného (zákonného zástupcu)

totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia (meno štátné) , svojim podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených údajov a v mene poisťovateľa uzatváram poistnú zmluvu.

v

dňa

podpis sprostredkovateľa poistenia