



7004

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 sídla Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č. 3345/B (ďalej len „poisťovňa“)

číslo návrhu
poistnej zmluvy 4801 4802 4805 4809
4801901925

získateľské číslo
sprostredkovateľa

330

POISTNÍK

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

Muž Žena

Základná škola

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

PSČ

Mobilný telefón/Tel. kontakt

Bukovina č. 305, Turzovka

0 2 3 5 4

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

PSČ

Priemerný čistý mesačný príjem

Bukovina č. 305, Turzovka

0 2 3 5 4

EUR

Dátum narodenia

Rodné číslo / IČO

Miesto narodenia

Štátna príslušnosť

|||

3 7 8 1 2 4 6 7

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

|||

|||

|||

|||

|||

|||

Začiatok poistenia

Koniec poistenia

Doba poistenia

1 1 0 9 2 0 1 9

0 0 . 0 0 h

3 1 0 8 2 0 2 0

2 4 . 0 0 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

štvrťročne

mesačne

jednorazovo

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

|||

ĎALŠIE DOJEDNANIA

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť K ŠKOLE

Riziková skupina Smrť následkom úrazu SNU EUR EUR
 Trvalé následky úrazu TNU 1327,76 EUR EUR
 Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením TNUP EUR EUR
 Hospitalizácia následkom úrazu UH EUR EUR
 Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu ČNL 1327,76 EUR EUR
 Iné EUR EUR

Počet osôb 564

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu 1301,52 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
 Iné EUR EUR

Počet osôb

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
 Iné EUR EUR

Počet osôb

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
 Iné EUR EUR

Počet osôb

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu EUR

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 poisťovňa zisťovala a preverovala jeho zdravotný stav vo všetkých zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť a u všetkých lekárov. Tiež splnomocňuje zástupcu poisťovne na právne úkony súvisiace s vyhotovením lekárskeho výpisov zo zdravotnej dokumentácie alebo k ich zapožičaniu za účelom vykonania prípadných zmien zo strany poisťovne a tiež k posúdeniu poisťovej udalosti. Zároveň zbavuje mlčanlivosti voči poisťovni 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.

Poisťovňa 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 poisťovni, prípadne nahlásiť formou originálneho potvrdenia banky účet iný. V prípade zneužitia účtu alebo neoznámenej zmeny účtu nenesie poisťovňa zodpovednosť za prípadnú vzniknutú škodu.

Pre toto poistenie platia príslušné ustanovenia Občianskeho zákonníka, Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie (VPP 1000-7), 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 uzatvárajúcej poistnej zmluvy prostredníctvom Informačného dokumentu o poistnom produkte (IPID), 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.

V prípade, ak poistník a poistená osoba nie sú totožné osoby, poistník svojím podpisom prehlasuje, že má oprávnenie poskytnúť poisťovni osobné údaje poisteného na účely uzatvárania, správy a plnenia tejto poistnej zmluvy podľa zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Poisťovňa informuje poistníka, že osobné údaje spracúva v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) (ďalej len „Nariadenie“) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Poistník svojím podpisom prehlasuje, že sa oboznámil s informáciami o spracúvaní jeho osobných údajov podľa Nariadenia, vrátane informácií o jeho právach. Zároveň berie na vedomie, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť aj na webovej stránke poisťovne www.kpas.sk.

_____ podpis poistníka

_____ podpis poistníka

_____ totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP

_____ pečiatka firmy

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia _____, svojim podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených

(meno čitateľne) _____ údajov a v mene poisťovne uzatváram poistnú zmluvu.

v Turzovke

dňa

_____ podpis sprostredkovateľa poistenia