

SKUPINOVÉ POISTENIE

Návrh poistnej zmluvy pre úrazové poistenie

KOMUNÁLNA POISTOVŇA

VIENNA INSURANCE GROUP

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 CA 17778

VARIABILNÝ SYMBOL 4801 4802 4805 4809 4801901039

POISTNÍK	Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko)		Muž	Žena
	<input type="checkbox"/> Poistený	OBEC TERIAKOVCE		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / Sídlo		PSČ	Mobilný telefón/Tel. kontakt
	TERIAKOVCE 54 - MS		98005	0904 592 554
	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
		09327859	MIROSLAV ANGELOVIČ ŠTATUTÁRNY ZASTUPA	
Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa)				
Zamestnanie - druh, funkcia, povolanie, typ pracovnej činnosti			E-mail	

POISTENÍ menný zoznam poistených nemenované 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
09.09.2015	31.08.2016	<input checked="" type="checkbox"/> určitá <input type="checkbox"/> 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	Interval platenia (poistné obdobie)
<input type="checkbox"/> prevodom z účtu OPU č.: _____ <input type="checkbox"/> poštový peňažný poukaz	<input checked="" type="checkbox"/> ročne <input type="checkbox"/> štvrtročne
<input type="checkbox"/> prevodom z účtu č.: _____	<input type="checkbox"/> polročne <input type="checkbox"/> mesačne
<input type="checkbox"/> inak _____	<input type="checkbox"/> jednorazovo

ĎALŠIE DOJEDNANIA

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina 1 Smrť následkom úrazu Trvalé následky úrazu Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením Hospitalizácia následkom úrazu Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu Iné

	Poistná suma	Poistné za skupinu
SNU	EUR	EUR
TNU	1327,76 EUR	EUR
TNUP	EUR	EUR
UH	EUR	EUR
ČNL	1.327,76 EUR	EUR
	EUR	EUR

Počet osôb 25 Iné

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu 53,0 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 Iné

	Poistná suma	Poistné za skupinu
SNU	EUR	EUR
TNU	EUR	EUR
TNUP	EUR	EUR
UH	EUR	EUR
ČNL	EUR	EUR
	EUR	EUR

Počet osôb Iné

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 Iné

	Poistná suma	Poistné za skupinu
SNU	EUR	EUR
TNU	EUR	EUR
TNUP	EUR	EUR
UH	EUR	EUR
ČNL	EUR	EUR
	EUR	EUR

Počet osôb Iné

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 Iné

	Poistná suma	Poistné za skupinu
SNU	EUR	EUR
TNU	EUR	EUR
TNUP	EUR	EUR
UH	EUR	EUR
ČNL	EUR	EUR
	EUR	EUR

Počet osôb Iné

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu EUR

Závěrečné 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 poisťovej 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

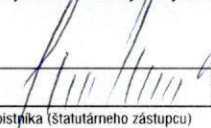
v záhlaví ako náhrada poistnej zmluvy (poistných zmlúv), poistná zmluva (poistné zmluvy), uvedená v záhlaví ako nahradzovaná, zanikne v celom rozsahu v okamihu začiatku poistenia dohodnutého touto poistnou zmluvou. Súčasne bude nahradená touto poistnou zmluvou a podmienkami a dojednaniami, ktoré sa k 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 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 1000-3), 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 podpísom 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 Poistovňa 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 § 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, 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 poisťníka (statutárneho zástupcu)

SL 958 083
totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP



v PREŠOVE dňa

1 09 2015

134881
evidenčné číslo sprostredkovateľa poistenia


podpis sprostredkovateľa poistenia

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia (meno čitateľne)

I. MURCHOVA

svojim podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených údajov a v mene poisťiteľa uzatváram poistnú zmluvu.

Súčasťou poistnej zmluvy sú priložené dodatky

menný zoznam

VPP 1000-3

Iné:

Miesto pre záznamy poisťovateľa

Zoznam detí MŠ TERIAKOVCE na školský rok 2015/2016

1.	BEREŽŇÁKOVÁ	Sandra	Teriakovce 191, Prešov 08005	7. 12. 2011
2.	DRÁBOVÁ	Dorota	Teriakovce 9, Prešov 08005	25. 5. 2010
3.	GOLECOVÁ	Zuzana	Teriakovce 22, Prešov 08005	15. 6. 2010
4.	GÖNÜLALAN	Leyla	Teriakovce 212, Prešov 08005	24. 1. 2013
5.	HARMANOVÁ	Daniela	Teriakovce 199, Prešov 08005	9. 4. 2010
6.	HIRJOVÁ	Ema	Teriakovce 160, Prešov 08005	5. 10. 2009
7.	CHÓVANCOVÁ	Zuzana	Teriakovce 33, Prešov 08005	10. 3. 2010
8.	IÍRICH	Juraj	Teriakovce 85, Prešov 08005	3. 3. 2011
9.	JURAŠEK	Gabriel	Teriakovce 14, Prešov 08005	20. 9. 2009
10.	JURAŠEKOVÁ	Kristína	Teriakovce 14, Prešov 08005	20. 9. 2009
11.	KAŽIMÍROVÁ	Anna	Teriakovce 43., Prešov 08005	14. 9. 2012
12.	KAŽIMÍROVÁ	Natália	Teriakovce 3, Prešov 08005	31. 7. 2010
13.	KAŽIMÍROVÁ	Zuzana	Teriakovce 43, Prešov 08005	5. 3. 2010
14.	KOVÁČ	Martin	Pri Hati 43, Prešov 08001	15. 10. 2009
15.	KOVAL'	Šimon	Teriakovce 53, Prešov 08005	23. 9. 2010
16.	KULKOVÁ	Michaela	Teriakovce 164, Prešov 08005	26. 9. 2009
17.	LEŠKO	Matej	Teriakovce 185, Prešov 08005	8. 12. 2011
18.	MARCINKOVÁ	Bianka	Teriakovce 114, Prešov 08005	14. 8. 2009
19.	RUSNÁK	Damián	Ul. generála Svobodu 30	20. 2. 2011
20.	SIVÁK	Tomáš	Fulianka 81	19. 10. 2012
21.	STREDŇÁK	Branislav	Teriakovce 169, Prešov 08005	7. 1. 2011
22.	VRABĽOVÁ	Nikola	Teriakovce 175, Prešov 08005	22. 2. 2010
23.	VRABĽOVÁ	Timea	Teriakovce 175, Prešov 08005	1. 1. 2012

24. Mgr. JANA IVANKOVÁ, TERIAKOVCE 99, 08005, 15.4.1978

25. Mgr. EVA BACOVÁ, HLAVNÁ 14/7, ZÁHRADNE 08216

E. 4. 7. 2016