



športová činnosť  
 pracovná činnosť

Poistná suma: \_\_\_\_\_ EUR  
 Poistné za skupinu: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Smrť následkom úrazu	<b>SNU</b>	_____ EUR	_____
<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu	<b>TNU</b>	_____ EUR	_____
<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	<b>TNUP</b>	_____ EUR	_____
<input type="checkbox"/> Hospitalizácia následkom úrazu	<b>UH</b>	_____ EUR	_____
<input type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	<b>ČNL</b>	_____ EUR	_____
<input type="checkbox"/> Iné		_____ EUR	_____

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu: \_\_\_\_\_

športová činnosť  
 pracovná činnosť

Poistná suma: \_\_\_\_\_ EUR  
 Poistné za skupinu: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Smrť následkom úrazu	<b>SNU</b>	_____ EUR	_____
<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu	<b>TNU</b>	_____ EUR	_____
<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	<b>TNUP</b>	_____ EUR	_____
<input type="checkbox"/> Hospitalizácia následkom úrazu	<b>UH</b>	_____ EUR	_____
<input type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	<b>ČNL</b>	_____ EUR	_____
<input type="checkbox"/> Iné		_____ EUR	_____

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu: \_\_\_\_\_

Lehotné

77,76

Ročné/Jednorazové poistné za zmluvu

77,76

v tejto poisťovnej zmluve prehlasujú, že odpovedali úplne a pravdivo v súlade so svojimi znalosťami  
 uvedli všetky údaje. Poistený vyhlasuje, že súhlasí, aby poisťovateľ zisťoval a preveroval jeho zdravotný  
 stav v zdravotníckych zariadeniach, poskytujúcich zdravotnú starostlivosť a u všetkých lekárov. Tiež spínomochuje  
 na právne úkony súvisiace s vyhotovením lekárskeho výpisov zo zdravotnej dokumentácie alebo k ich  
 om vykonania prípadných zmien zo strany poisťovateľa a tiež k posúdeniu poisťovnej udalosti. Zároveň  
 voči poisťovateľovi všetkých lekárov v otázkach súvisiacich s jeho zdravotným stavom. Kópia tohto  
 istú platnosť ako originál.  
 nej zmluve prehlasuje, že mu poisťovateľ poskytto všetky informácie potrebné na uzavretie poisťovnej  
 ho so Všeobecnými poisťovnými podmienkami a Zmluvnými dojednaniaми dojednaného poistenia.  
 podmienky a Zmluvné dojednania tvoria neoddeliteľnú súčasť poisťovnej zmluvy.  
 ojaje dotknutých osôb (poisťník, poistený, oprávnené osoby) získavať a spracúvať v súlade so zákonom

č. 8/2008 Z.z. o poisťovníctve na účely identifikácie, uzavierania poisťovných zmlúv, správy poistenia, ako aj na ďalšie  
 zákonom stanovené účely.  
 Poisťovateľ a poisťník sa dohodli, že ak je táto poisťovná zmluva označená v záhlaví ako náhrada poisťovnej zmluvy (poisťovných  
 zmlúv), poisťovná zmluva (poisťovná zmluva), uvedená v záhlaví ako nahradzovaná, zanikne v celom rozsahu v okamihu začiatku  
 poistenia dohodnutého touto poisťovnou zmluvou. Súčasne bude nahradená touto poisťovnou zmluvou a podmienkami  
 a dojednaniaми, ktoré sa k nej vzťahujú.  
 Pre potreby dojednaného poistenia sa účet uvedený v poisťovnej zmluve považuje za kontaktný a v prípade, že počas trvania  
 poisťovného 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.  
 Každá zo zmluvných strán môže poisťovnú zmluvu vypovedať do 2 mesiacov od jej uzavretia, vypovedná lehota je 8 dní. Jej  
 uplynutím poisťovná zmluva zanikne.

(podpis zástupcu) \_\_\_\_\_ totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP \_\_\_\_\_  
 dňa 30.04.2012  
 (pečiatka firmy) \_\_\_\_\_  
 (meno čitateľne) BERVARDINA CITUVA, svojím podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť  
 va v mene poisťiteľa uzatváram poisťovnú zmluvu.  
 j zmluvy sú priložené dodatky:  menný zoznam  osobitné zmluvné dojednania  iné: \_\_\_\_\_

