

POISTNÁ ZMLUVA PRE SKUPINOVÉ POISTENIE

KOMUNÁLNA poistovňa, a. s. Vienna Insurance Group

Štefánikova 17, 811 05 Bratislava
IČO: 31 595 545, Obchod. reg. Okr. súdu Ba I, oddiel: Sa, vložka č.: 3345/B
Číslo účtu v banke: 0178195386/0900; 1200222008/5600

2400115598

Variabilný symbol

1 192912

POISTNÍK	Priezvisko, meno, titul / názov firmy <u>OBEC LUCATIN</u>		
	Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / sídlo <u>LUCATIN 40, LUCATIN</u>	PSČ <u>919601</u>	Kontaktný telefón <u>047 4991122</u>
	Korešpondenčná adresa (ulica, číslo domu, mesto), ak je iná ako adresa trvalého bydliska	PSČ	Telefón do práce <u>047 4991193</u>
	Dátum narodenia	Rodné číslo / IČO <u>0151319121</u>	Štatutárny zástupca
			Štátna príslušnosť <u>S</u>

POISTENÍ	<input type="checkbox"/> menný zoznam poistených	<input type="checkbox"/> nemenované osoby	OPRÁVNENÉ OSOBY	V prípade smrti poisteného má právo na plnenie osoba v zmysle § 817, odstavce 2 a 3 Občianskeho zákonníka.
-----------------	--------------------------------------------------	-------------------------------------------	------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ĎALŠIE DOJEDNANIA	Začiatok poistenia <u>15.09.2012</u>	Koniec poistenia <u>31.08.2013</u>	Doba poistenia <input checked="" type="checkbox"/> určitá <input type="checkbox"/> neurčitá	Interval platenia (poistné obdobie) <input type="checkbox"/> ročne <input type="checkbox"/> polročne <input type="checkbox"/> štvrtročne <input type="checkbox"/> mesačne <input checked="" type="checkbox"/> jednorazovo
	Spôsob platenia <input type="checkbox"/> prevodom z účtu OPU č.: _____ <input checked="" type="checkbox"/> prevodom z účtu č.: _____ <input type="checkbox"/> poštový peňažný poukaz <input type="checkbox"/> inak _____			
	V prípade zmeny rizík poisteného, odlišných od rizík uvedených v tejto poistnej zmluve, je poisťovateľ oprávnený zmeniť výšku poistnej sumy alebo poistného maximálne o 10% podľa platných poistno-matematických zásad. V prípade neurčenia sa zachováva výška poistného. Žiadam zachovať (vyberte jednu z možností): <input type="checkbox"/> výšku poistného <input type="checkbox"/> výšku poistnej sumy			

ÚRAZOVÉ POISTENIE	Prevažujúca: <input type="checkbox"/> športová činnosť <input checked="" type="checkbox"/> pracovná činnosť <u>VARIANT „B“</u>	Riziková skupina <input type="checkbox"/> Smrť následkom úrazu <input checked="" type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu <input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením <input type="checkbox"/> Hospitalizácia následkom úrazu <input checked="" type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu <input type="checkbox"/> Iné	Poistná suma	Poistné za skupinu
	Počet osôb <u>11</u>		SNU _____ EUR	
			TNU <u>5 377,03</u> EUR	
			TNUP _____ EUR	
		UH _____ EUR		
		ČNL <u>7 997,64</u> EUR		
		_____ EUR		
		Ročné / Jednorazové poistné za skupinu <u>75,44</u>		

ÚRAZOVÉ POISTENIE	Prevažujúca: <input type="checkbox"/> športová činnosť <input type="checkbox"/> pracovná činnosť	Riziková skupina <input type="checkbox"/> Smrť následkom úrazu <input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu <input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením <input type="checkbox"/> Hospitalizácia následkom úrazu <input type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu <input type="checkbox"/> Iné	Poistná suma	Poistné za skupinu
	Počet osôb		SNU _____ EUR	
			TNU _____ EUR	
			TNUP _____ EUR	
		UH _____ EUR		
		ČNL _____ EUR		
		_____ EUR		
		Ročné / Jednorazové poistné za skupinu _____		

URAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina: Smrť následkom úrazu **SNU** Poistná suma Poistné za skupinu

Trvalé následky úrazu **TNU** EUR

Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením **TNUP** EUR

Hospitalizácia následkom úrazu **UH** EUR

Počet osôb: Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu **ČNL** EUR

Iné EUR

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu

URAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina: Smrť následkom úrazu **SNU** Poistná suma Poistné za skupinu

Trvalé následky úrazu **TNU** EUR

Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením **TNUP** EUR

Hospitalizácia následkom úrazu **UH** EUR

Počet osôb: Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu **ČNL** EUR

Iné EUR

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu

POISTNÉ

Lehotné

Ročné/Jednorazové poistné za zmluvu

Právné ustanovenia

a poistený v tejto poisťovnej zmluve prehlasujú, že odpovedali úplne a pravdivo v súlade so svojimi znalosťami a svedomím a uviedli 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 splnomocňuje poisťovateľa na právne úkony súvisiace s vyhotovením lekárskej dokumentácie alebo k ich zisťovaniu za účelom vykonania prípadných zmien zo strany poisťovateľa a tiež k posúdeniu poisťovnej udalosti. Zároveň poistený vyhlasuje, že súhlasí s tým, že poisťovateľ môže získať a spracovávať v súlade so zákonom údaje o zdravotnom stave poisteného a údaje o zdravotnom stave ostatných osôb (poistených alebo nepoistených), ktoré súvisia s poistením.

č. 8/2008 Z.z. o poisťovníctve na účely identifikácie, uzavierania poisťovních zmlúv, správy poistenia, ako aj na ďalšie zákonom stanovené účely. Poisťovateľ a poisťník sa dohodli, že ak je táto poisťovňa označená v záhlaví ako náhrada poisťovnej zmluvy (poisťovních zmlúv), poisťovňa (poisťovňa), uvedená v záhlaví ako náhrada, zanikne v celom rozsahu v okamihu začiatku poistenia dohodnutého touto poisťovňou. Súčasne bude nahradená touto poisťovňou a podmienkami a dohodnami, ktoré sa k nej vzťahujú. Pre potreby dojednaného poistenia sa účet uvedený v poisťovnej zmluve považuje za kontaktný a v prípade, že počas trvania poistenia dôjde k zmene, je poisťník povinný túto zmenu písomne oznámiť poisťovateľovi, prípadne nahlásiť formou originálneho potvrdenia banky účet iný. V prípade zneužitia účtu alebo neoznámenej zmeny účtu nesie poisťovateľ zodpovednosť za prípadnú vzniknutú škodu. Každá zo zmluvných strán môže poisťovňu vypovedať do 2 mesiacov od jej uzavretia, výpovedná lehota je 8 dní. Jej uplynutím poisťovňa zanikne.

podpis poisťníka (typu) totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP

dňa pečať firmy

ja (meno čitateľne) , svojím podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť údajov a uzatváram poisťovňu zmluvu.

Priložené dodatky: menný zoznam osobitné zmluvné dojednaná iné:

KOMUNÁLNA
poisťovňa
VIENNA INSURANCE GROUP

KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group
Štefánikova 17, 811 05 Bratislava
IČO: 315 955 45 IČ DPH: SK2021097089 -78-