

# SKUPINOVÉ POISTENIE

## Návrh poistnej zmluvy pre úrazové poistenie

KOMUNÁLNA  
poistovňa

VIENNA INSURANCE GROUP

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

SP 2.4.00.112.598

Variabilný symbol 2802 4801900600

<b>POISTNIK</b>	Príezvisko, meno, titul (rodné priezvisko) / názov firmy <u>OBEC LUCATIN</u>		Muž <input type="checkbox"/>	Žena <input type="checkbox"/>
	Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / sídlo <u>LUCATIN 40</u>		PSC <u>97668</u>	Mobilný telefón/Tel. kontakt
	Korešpondenčná adresa (ulica, číslo domu, mesto), ak je iná, ako adresa trvalého bydliska		PSC	
	Dátum narodenia	Rodné číslo / IČO <u>003930721</u>	Miesto narodenia	Štátna príslušnosť
	Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa)			
	Zamestnanie - druh, funkcia, povolanie, typ pracovnej činnosti / Štatutárny zástupca <u>Starosta obce Lucatin</u>			
	E-mail			
	Dátum: <u>25.09.2014</u>			

**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 neurčen (osoba (osoby) v zmysle § 817 Občianskeho zákonníka) 2.  manžel/manželka  deti  rodičia  matka  otec 3.  osoba určená menom výpošťa podrobne nižšie

Povinné údaje sú: priezvisko, meno a rodné číslo (alebo dátum narodenia), resp. v prípade právnickej osoby názov, IČO (uvedte len v prípade, ak ste označili bod 3.)

	% z poist. plnenia

**DALŠIE DOJEDNANIA**

Začiatok poistenia 02.09.2014 Koniec poistenia 31.08.2015 Doba poistenia  určitá  neurčitá

Interval platenia (poistné obdobie)  jednorazovo  ročne  polročne  štvrtročne  mesačne

Spôsob platenia  prevodom z účtu OPU č.:  poštový peňažný poukaz  prevodom z účtu č.:  inak

V prípade rizík poisteného, odlišných od rizík uvedených v tejto poistnej 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:  výšku poistného  výšku poistnej sumy (vyberte jednu z možností)

**ÚRAZOVÉ POISTENIE**

Prevažujúca:  športová činnosť  pracovná činnosť VARIANT "B" 4,32 EUR / OSOBA

Riziková skupina	SNU	TNU	TNUP	UH	ČNL	Poistná suma	Poistné za skupinu
<input type="checkbox"/> Smrť následkom úrazu						EUR	EUR
<input checked="" type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu						5371,05 EUR	EUR
<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením						EUR	EUR
<input type="checkbox"/> Hospitalizácia následkom úrazu						EUR	EUR
<input checked="" type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu						1999,64 EUR	EUR
<input type="checkbox"/> Iné						EUR	47,52 EUR

Kočné / Jednorazové poistné za skupinu 47,52 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. Počet osôb. Poistné suma, Poistné za skupinu. Rečné / Jednorazové poistné za skupinu.

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. Počet osôb. Poistné suma, Poistné za skupinu. Rečné / Jednorazové poistné za skupinu.

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. Počet osôb. Poistné suma, Poistné za skupinu. Rečné / Jednorazové poistné za skupinu.

Zmeny informácií

Posičník a poistený prehlasujú, že všetky jeho odpovede na písomné otázky poisťovne týkajúce sa poistenia sú pravdivé, úplné a pokiaľ neboli napísané jeho rukopisom, potvrdzujú, že ich overoval a sú pravdivé. Posičník vyhlasuje, že súhlasí, aby poisťovateľ zisťoval a previeroval jeho zdravotný stav vo všetkých zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť a v všetkých lekárňach. Tiež súhlasí, aby poisťovateľ zisťoval a previeroval jeho zdravotný stav vo všetkých zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť a v všetkých lekárňach. Tiež súhlasí, aby poisťovateľ zisťoval a previeroval jeho zdravotný stav vo všetkých zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť a v všetkých lekárňach.

Poisťovateľ a posičník sa dohodli, že ak je táto poisťovacia zmluva uzatvorená v záhlaví ako náhrada poisťovacieho zmluvného vzťahu (poistených zmlúv), poisťovacia zmluva (poistenie zmluva), uvedená v záhlaví ako náhrada, zarátane v celom rozsahu v okamihu začiatku poistenia odoberajúceho tohto poisťovacieho zmluvného vzťahu. Súčasne bude nahradená toľko poisťovacia zmluva a podmienkami a dojednaniami, ktoré sa k nej vzťahujú. Pre potreby dojednaného poistenia sa účel uvedený v poisťovacej zmluve považuje za kontaktný a v prípade, že počas trvania poisťovacieho vzťahu dôjde k zmene, je posičník povinný túto zmenu písomne oznámiť poisťovateľovi, prípadne náhradečným originálnym potvrdením banky účtu tzv. V prípade zneúčtovania účtu alebo neuzatvorenia zmeny účtu nesmie poisťovateľ zodpovednosť za prípadnú vznikajúcu škodu. Pre toto poistenie platia príslušné ustanovenia Občianskeho zákonníka, Všeobecné poisťovacie podmienky pre úrazové poistenie (VPP 1000-1), ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou poisťovacieho zmluvného vzťahu. Každá zo zmluvných strán môže poisťovaciu zmluvu vypovedať do 2 mesiacov od jej uzavretia, výhovedná lehota je 9 dní. Jej úplným poistením zmluva zaniká.

Poisťovateľ a posičník sa dohodli, že ak je táto poisťovacia zmluva uzatvorená v záhlaví ako náhrada poisťovacieho zmluvného vzťahu (poistených zmlúv), poisťovacia zmluva (poistenie zmluva), uvedená v záhlaví ako náhrada, zarátane v celom rozsahu v okamihu začiatku poistenia odoberajúceho tohto poisťovacieho zmluvného vzťahu. Súčasne bude nahradená toľko poisťovacia zmluva a podmienkami a dojednaniami, ktoré sa k nej vzťahujú. Pre potreby dojednaného poistenia sa účel uvedený v poisťovacej zmluve považuje za kontaktný a v prípade, že počas trvania poisťovacieho vzťahu dôjde k zmene, je posičník povinný túto zmenu písomne oznámiť poisťovateľovi, prípadne náhradečným originálnym potvrdením banky účtu tzv. V prípade zneúčtovania účtu alebo neuzatvorenia zmeny účtu nesmie poisťovateľ zodpovednosť za prípadnú vznikajúcu škodu. Pre toto poistenie platia príslušné ustanovenia Občianskeho zákonníka, Všeobecné poisťovacie podmienky pre úrazové poistenie (VPP 1000-1), ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou poisťovacieho zmluvného vzťahu. Každá zo zmluvných strán môže poisťovaciu zmluvu vypovedať do 2 mesiacov od jej uzavretia, výhovedná lehota je 9 dní. Jej úplným poistením zmluva zaniká.

Podpis poisťovníka (štátny úradník)

totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP

Obec 776 61 Lučatín pečiatka firmy

v 30.12.2013 dňa 02.09.2014

2700112598 evidenčné číslo sprostredkovateľa poistenia

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia (meno čitateľne) CUTOVÁ BERNARDINA

svojím podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených údajov a v mene poisťovníka uzatvárať poisťovaciu zmluvu.

Súčasťou poisťovacieho zmluvného vzťahu sú priložené dodatky menný zoznam VPP 1000-1 Iné:

Základná škola