

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, Obchod. reg. Okr. súdu Ba I, oddiel: Sa, vložka č.: 3345/B

Číslo účtu v banke: 0178195386/0900; 1200222008/5600

SP 24.01.12598

Variabilný symbol 2802-4801900599

POISTNIK	Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko) / názov firmy		Muž	Zena
	0BEC LUCATIN		☐	☐
	Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / sídlo		PSČ	Mobilný telefón/Tel. kontakt
	LUCATIN 40		97668	
	Korešpondenčná adresa (ulica, číslo domu, mesto), ak je iná, ako adresa trvalého bydliska		PSČ	
	Dátum narodenia	Rodné číslo / IČO	Miesto narodenia	Štátna príslušnosť
		90373374		
Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa)		Odborový úrad		
Zamestnanie - druh, funkcia, povolanie, typ pracovnej činnosti / Štatutárny zástupca				
E-mail		25. 09. 2014		

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 ☐ matka ☐ otec 3. ☐ osoba určená menom (vypíšte podrobne riadke)

Povinné údaje sú: priezvisko, meno a rodné číslo (alebo dátum narodenia), resp. v prípade právnickej osoby názov, IČO (uviesť 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 ☐ štvrťročne ☐ 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. Ziadam zachovať: ☐ výšku poistného ☐ výšku poistnej sumy (vyberte jednu z možností)

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Provažujúca: ☐ športová činnosť ☐ pracovná činnosť

Riziková skupina ☐

Smrť následkom úrazu SNU

Trvalé následky úrazu TNV

Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením TNUP

Hospitalizácia následkom úrazu UH

Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu ČNL

Číslo osôb 12

Iné

VARIANT "B" 4,32 EUR / OSOBA

Poistná suma	Poistné za skupinu
EUR	EUR
531,03 EUR	EUR
EUR	EUR
EUR	EUR
7997,64 EUR	EUR
EUR	6480 EUR

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu 6480 EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: ☐ športová činnosť ☐ pracovná činnosť

Riziková skupina: ☐ Smrť následkom úrazu SNU ☐ Trvalé následky úrazu TNU ☐ Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením TNUP ☐ Hospitalizácia následkom úrazu UH ☐ Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu ČNL

Počet osôb: ☐ Iné ☐

Poistná suma: EUR Poistné za skupinu: EUR

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu: EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: ☐ športová činnosť ☐ pracovná činnosť

Riziková skupina: ☐ Smrť následkom úrazu SNU ☐ Trvalé následky úrazu TNU ☐ Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením TNUP ☐ Hospitalizácia následkom úrazu UH ☐ Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu ČNL

Počet osôb: ☐ Iné ☐

Poistná suma: EUR Poistné za skupinu: EUR

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu: EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: ☐ športová činnosť ☐ pracovná činnosť

Riziková skupina: ☐ Smrť následkom úrazu SNU ☐ Trvalé následky úrazu TNU ☐ Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením TNUP ☐ Hospitalizácia následkom úrazu UH ☐ Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu ČNL

Počet osôb: ☐ Iné ☐

Poistná suma: EUR Poistné za skupinu: EUR

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu: EUR

Zverejnené ustanovenia

Poskytovateľ a poisťovník prehlasujú, že všetky jeho údaje sú pravdivé, úplné a poskytli bez akýchkoľvek náležitostí, ktoré by mohli byť v rozpore s právnymi predpismi. Poskytovateľ a poisťovník súhlasia, že ich údaje sú pravdivé, úplné a poskytli bez akýchkoľvek náležitostí, ktoré by mohli byť v rozpore s právnymi predpismi. Poskytovateľ a poisťovník súhlasia, že ich údaje sú pravdivé, úplné a poskytli bez akýchkoľvek náležitostí, ktoré by mohli byť v rozpore s právnymi predpismi.

Poskytovateľ a poisťovník sa dohodli, že ak je táto poisťovňa zrušená alebo nahradená poisťovňou, poisťovňa zmluvy (poisťovňa zmluvy), uvedená v zmluve ako nahradená, zachová v celom rozsahu v osemnásti dňoch po zrušení zmluvy. Súčasne bude nahradená touto poisťovňou. Poskytovateľ a poisťovník súhlasia, že ich údaje sú pravdivé, úplné a poskytli bez akýchkoľvek náležitostí, ktoré by mohli byť v rozpore s právnymi predpismi.

Poskytovateľ a poisťovník súhlasia, že ak je táto poisťovňa zrušená alebo nahradená poisťovňou, poisťovňa zmluvy (poisťovňa zmluvy), uvedená v zmluve ako nahradená, zachová v celom rozsahu v osemnásti dňoch po zrušení zmluvy. Súčasne bude nahradená touto poisťovňou. Poskytovateľ a poisťovník súhlasia, že ich údaje sú pravdivé, úplné a poskytli bez akýchkoľvek náležitostí, ktoré by mohli byť v rozpore s právnymi predpismi.

Podpis poisťovníka (štátny pečat)

totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP

Obec
976 61 Lučatin
pečiatka firmy

V **3. BYSTRICI** dňa **02.09.2014**

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia (meno čitateľne): **BERNARDINA ČITOUK**

Súčasťou poisťovnej zmluvy sú priložené dodatky ☒ menný zoznam ☐ VPP 1000-1 ☐ Iné:

Záznamy poisťovateľa

MATEJKA ŠKOLA

svojím podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpisateľov zmluvy uvedených údajov a v mene poisťovníka uzatvárať poisťovňu zmluvu.

KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group
Stefánikova 17, 811 05 Bratislava
IČO: 315 955 45 IČ DPH: SK7020000746 -36-