

SKUPINOVÉ POISTENIE

Návrh poistnej zmluvy pre úrazové poistenie

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“)

číslo návrhu
poistnej zmluvy

☒ 4801 ☐ 4802 ☐ 4805 ☐ 4809

4801901129

získateľské číslo
sprostredkovateľa

2700100108

POISTNÍK

Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko) / Názov firmy

Obec Čerín

Muž

☐

Žena

☐

Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / Sídlo

Čerín 11, Čerín

PSČ

9 7 4 0 1

Mobilný telefón/Tel. kontakt

Korešpondenčná adresa (ulica, číslo domu, mesto), ak je iná, ako adresa trvalého bydliska

PSČ

Priemerný čistý mesačný príjem

EUR

Dátum narodenia

☐ Rodné číslo / ☒ IČO

0 0 3 1 3 3 3 5

Miesto narodenia

Štátna príslušnosť

Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa)

Zamestnanie – druh, funkcia, povolanie, typ pracovnej činnosti

E-mail

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 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 (uveďte len v prípade, ak ste označili bod 3.)

% z poist. plnenia

Začiatok poistenia

0 1 0 9 2 0 1 7

Koniec poistenia

3 1 0 8 2 0 1 8

Doba poistenia

☒ určitá

☐ 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 ☒ príkazom z účtu č.: IBAN

SWIFT (BIC) kód banky

☐ poštový peňažný poukaz

☐ inak

☐ prevodom z účtu OPU č.:

Interval platenia (poistné obdobie)

☒ ročne

☐ polročne

☐ štvrťročne

☐ mesačne

☐ jednorazovo

Blížšie špecifikujte udalosť a činnosti vykonávané počas tejto udalosti, na ktoré sa vzťahuje skupinové úrazové poistenie.

ĎALŠIE DOJEDNANIA

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: ☐ športová činnosť ☐ pracovná činnosť

Riziková skupina ☐

		Poistná suma	Poistné za skupinu
☐ Smrť následkom úrazu	SNU	EUR	EUR
☐ Trvalé následky úrazu	TNU	EUR	EUR
☐ Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	EUR	EUR
☐ Hospitalizácia následkom úrazu	UH	EUR	EUR
☐ Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	EUR	EUR

Počet osôb ☐ Iné

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: ☐ športová činnosť ☐ pracovná činnosť

Riziková skupina ☐

		Poistná suma	Poistné za skupinu
☐ Smrť následkom úrazu	SNU	EUR	EUR
☒ Trvalé následky úrazu	TNU	5311,03 EUR	EUR
☐ Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	EUR	EUR
☐ Hospitalizácia následkom úrazu	UH	EUR	EUR
☒ Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	1991,64 EUR	EUR

Počet osôb ☐ Iné

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu 108,- EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: ☐ športová činnosť ☐ pracovná činnosť

Riziková skupina ☐

		Poistná suma	Poistné za skupinu
☐ Smrť následkom úrazu	SNU	EUR	EUR
☐ Trvalé následky úrazu	TNU	EUR	EUR
☐ Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	EUR	EUR
☐ Hospitalizácia následkom úrazu	UH	EUR	EUR
☐ Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	EUR	EUR

Počet osôb ☐ Iné

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: ☐ športová činnosť ☐ pracovná činnosť

Riziková skupina ☐

		Poistná suma	Poistné za skupinu
☐ Smrť následkom úrazu	SNU	EUR	EUR
☐ Trvalé následky úrazu	TNU	EUR	EUR
☐ Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	EUR	EUR
☐ Hospitalizácia následkom úrazu	UH	EUR	EUR
☐ Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	EUR	EUR

Počet osôb ☐ Iné

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu EUR

Ustanovenia

Poistník a poistený prehlasujú, že všetky jeho odpovede na písomné pýtanky poisťovateľa 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 poistnej 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 poistník 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 poistník povinný túto zmenu písomne oznámiť poisťovateľovi, prípadne nahlásiť formou originálneho potvrdenia banky účet iný. V prípade zneužitia účtu alebo neoznámenej zmeny účtu nenesie poisťovateľ zodpovednosť za prípadnú vzniknutú škodu.

Pre toto poistenie platia príslušné ustanovenia Občianskeho zákonníka, Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie (VPP 1000-4), 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 svojím podpisom potvrdzuje, že s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poistnej zmluvy bol písomne oboznámený s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatvárajúcej poistnej zmluvy prostredníctvom Formulára o dôležitých zmluvných podmienkach uzatvárajúcej poistnej zmluvy, ktorý prevzal. A zároveň potvrdzuje, že pred uzavretím poistnej zmluvy bol oboznámený so znením vyššie uvedených všeobecných poistných podmienok patriacich k tomuto poisteniu, ktoré následne aj prevzal v písomnej podobe.

Poistník podpisom 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. Poisťovňa informuje poistníka, 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 § 78 zákona č. 39/2015 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 poisťovateľa.

podpis poistníka

totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP

pečiatka firmy

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia
(meno čitateľne)

Ing. Odor Juraj

svojím podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených

údajov a v mene poisťovateľa uzatváram poistnú zmluvu.

v

Banskej Bystrici

dňa

2 | 2 | 0 | 8 | 2 | 0 | 1 | 7



KOMUNÁLNA POISTOVŇA
VIENNA INSURANCE GROUP

podpis sprostredkovateľa poistenia

Vienna Insurance Group

Štefánikova 17, 811 05 Bratislava

IČO: 31 595 545 IČ DPH SK7020000746 (2021)

ROZSAH NÁROKOV A DOJEDNANÍ K- ŠKOLE (4801)
DODATOK K POISTNEJ ZMLUVE PRE SKUPINOVÉ ÚRAZOVÉ POISTENIE

Číslo: 4801901129

Druh poistenia: **SKUPINOVÉ ÚRAZOVÉ POISTENIE**

Poistovateľ poskytne poistnú ochranu počas doby poistenia v súlade s podmienkami tohoto poistenia. Táto poistná zmluva, prehľad poistného plnenia, rozsah nárokov a dojednaní a akékoľvek písomné dodatky tvoria spolu jeden dokument a akékoľvek slovo alebo výraz, ktorému sa prikladá špecifický význam v tejto poistnej zmluve bude mať tento význam, nech sa objaví kdekoľvek v tejto zmluve alebo v ktoromkoľvek dodatku k nej pripojenom.

I. Predmet a rozsah poistenia

Poistník uzatvára s poistovateľom poistnú zmluvu pre skupinové poistenie menovaných osôb. Poistenie sa dojednáva na dobu, uvedenú v poistnej zmluve, maximálne na dobu jedného roka.

Ide o úrazové poistenie, ktoré sa vzťahuje:

Variant A

- na trvalé následky úrazu, ku ktorému dôjde výlučne počas školského roka a len v súvislosti so školskou činnosťou v priestoroch školy, školského areálu alebo na akciách poriadaných školou, s nárokom výplaty vyplývajúcej z poistnej udalosti pre poškodeného.
- na čas nevyhnutného liečenia úrazu, ku ktorému dôjde výlučne počas školského roka a len v súvislosti so školskou činnosťou v priestoroch školy, školského areálu alebo na akciách poriadaných školou, s nárokom výplaty vyplývajúcej z poistnej udalosti pre poškodeného.

Poistné sumy:

Trvalé následky úrazu.....príslušné % zo sumy 1 327,76 EUR

Čas nevyhnutného liečenia úrazu..... príslušné % zo sumy 1 327,76 EUR

Variant B

- na trvalé následky úrazu, ku ktorému dôjde výlučne počas školského roka a len v súvislosti so školskou činnosťou v priestoroch školy, školského areálu alebo na akciách poriadaných školou, s nárokom výplaty vyplývajúcej z poistnej udalosti pre poškodeného.
- na čas nevyhnutného liečenia úrazu, ku ktorému dôjde výlučne počas školského roka a len v súvislosti so školskou činnosťou v priestoroch školy, školského areálu alebo na akciách poriadaných školou, s nárokom výplaty vyplývajúcej z poistnej udalosti pre poškodeného.

Poistné sumy:

Trvalé následky úrazu.....príslušné % zo sumy 5 311,03 EUR

Čas nevyhnutného liečenia úrazu..... príslušné % zo sumy 1 991,64 EUR

ROZSAH NÁROKOV A DOJEDNANÍ K- ŠKOLE (4801)
DODATOK K POISTNEJ ZMLUVE PRE SKUPINOVÉ ÚRAZOVÉ POISTENIE
Číslo:

Pre obidva tarify sa odchyľne od Všeobecných poistných podmienok dojednáva nasledovné:

1. Plnenie za trvalé následky úrazu:

Poistovateľ určí výšku plnenia tak, aby zodpovedalo povahe a rozsahu telesného poškodenia, spôsobeného úrazom. Poistovateľ má povinnosť plniť, ak takto stanovená výška plnenia je najmenej 1%.

2. Plnenie za prechodné následky úrazu (čas nevyhnutného liečenia):

V prípade úrazu poisteného, vyplatí poisťovateľ poistenému percentuálnu časť z poistnej sumy za priemerný čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu podľa oceňovacích tabuliek, ak takto stanovená výška je najmenej 2,5 %.

II. Poistené osoby

Poistenie sa vzťahuje na žiakov školy a pracovníkov pedagogického zboru v pracovno-právnom pomere s poisťníkom, uvedených v priloženom zozname, ktorý sa stáva neoddeliteľnou súčasťou poistnej zmluvy.

Pre potreby tohoto poistenia sa vyhotoví zoznam poistených osôb, na ktorom bude uvedené:

- meno a priezvisko
- rodné číslo, resp. dátum narodenia
- adresa bydliska
- celková výška poistného

III. Začiatok a koniec poistenia

Poistenie začína dňom, nasledujúcim po dni uzatvorenia poistnej zmluvy, najskôr však 01.09. príslušného kalendárneho roka.

Poistenie končí 31.08. roka, uvedeného v poistnej zmluve ako koniec poistenia.

Poistenie zanikne aj ukončením registrácie žiaka u poisťníka, ukončením pracovno-právneho pomeru alebo zánikom poistnej zmluvy, podľa toho čo nastane skôr.

IV. Poistné

Výška poistného pre variant A je : **2,32 EUR** na osobu,
pre variant B je : **4,32 EUR** na osobu

Poistenie sa uzatvára na dobu jedného roka.

Poistné sa platí v rovnakej výške bez ohľadu na to, kedy poistený vstúpil do poistenia. Nespotrebované poistné sa nevracia.

Škola je povinná vyhotoviť menný zoznam poistených a uhradiť za nich poistné. V priebehu roka je možné zoznam aktualizovať. V aktualizácii je potrebné uviesť prírastok alebo úbytok poistených v tvare podľa čl.II. Platnosť poistenia pre poistených, uvedených v aktualizovanom zozname, začína odo dňa doručenia tohoto zoznamu poisťiteľovi.

Poistné sa hradí vopred na celú poistnú dobu, vždy do 30.09. kalendárneho roka.

ROZSAH NÁROKOV A DOJEDNANÍ K- ŠKOLE (4801)
DODATOK K POISTNEJ ZMLUVE PRE SKUPINOVÉ ÚRAZOVÉ POISTENIE
Číslo:

Poistné bude uhrádzané v mene EUR prevodným príkazom na číslo účtu:

Peňažný ústav	IBAN	BIC kód = SWIFT
Prima banka Slovensko, a.s.	SK87 5600 0000 0012 0022 2008	KOMASK2X
SLSP, a.s.	SK28 0900 0000 0001 7819 5386	GIBASKBX
Tatra banka, a.s.	SK60 1100 0000 0026 2322 5520	TATRSKBX

Ako variabilný symbol sa uvedie číslo poistnej zmluvy.

V.Ostatné dojednania

Poist'ovateľ oboznámi poistníka so všetkými skutočnosťami, týkajúcimi sa poistenia osôb, s právami a povinnosťami poistených v zmysle tejto zmluvy, ako aj so spôsobom spolupráce v prípade poistnej udalosti.

Poistník je povinný viesť evidenciu úrazov, na základe ktorej musí potvrdiť, že došlo k úrazu v súvislosti so školskou činnosťou – v priestoroch školy, školského areálu, alebo na akciách poriadaných školou.

Ten, komu z poistenia vznikne právo na plnenie, je povinný ihneď uvedenú skutočnosť oznámiť zodpovednému pracovníkovi školy, ktorý mu vydá Potvrdenie o úraze a zároveň poist'ovateľovi písomne oznámiť na tlačive Oznámenie poistnej udalosti, že utrpel úraz. K písomnému oznámeniu je povinný priložiť Potvrdenie o úraze.

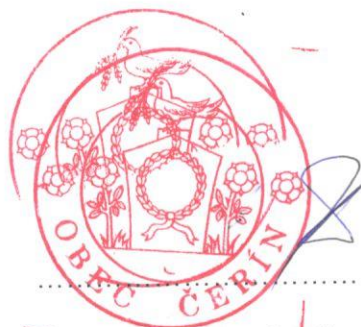
Poist'ovateľ zabezpečí, že s poistnými podmienkami pre toto poistenie budú poistené osoby oboznámené.

VI.Záverečné ustanovenia

Akakoľvek zmena alebo ďalší dodatok k zmluve musia byť vyhotovené písomnou formou.

KOMUNÁLNA POISTOVŇA
VIENNA INSURANCE GROUP
KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s.
Vienna Insurance Group
Štefánikova 17, 811 09 Bratislava
IČO: 31 595 546 IČ DPH: SK20 0000746 (200)

.....
podpis sprostredkovateľa poistenia



.....
podpis poistníka

V Banskej Bystrici dňa 22.8.2017