

OPBW

Konverzný kurz: 1 EUR = 30,1260 SKK

POISTNÁ ZMLUVA PRE SKUPINOVÉ POISTENIE

KOMUNÁLNA poistovňa, a. s. Vienna Insurance Group

Štefánikova 8, 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

4801900668

Variabilný symbol
 4801
 4802
 4805
 4809

POISTNÍK

Priezvisko, meno, titul / názov firmy
OBEC ČERŤ

Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / sídlo
ČERŤ 11, ČERŤ

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

Dátum narodenia

Rodné číslo / IČO
003133335

Štatutárny zástupca
PAVEL KNEF

PSČ
917401

Kontaktný telefón

PSČ

Telefón do práce

Štátna príslušnosť
SK

POISTENÍ menný zoznam poistených nemenované osoby

OPRÁVNENÉ OSOBY V prípade smrti poisteného má právo na plnenie osoba v zmysle § 817, odstavec 2 a 3 Občianskeho zákonníka.

ĎALŠIE DOJEDNANIA

Začiatok poistenia **011032015** Koniec poistenia **31082015**

Doba poistenia určitá neurčitá

Interval platenia (poistné obdobie)
 ročne polročne štvrtročne
 mesačne jednorazovo

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

V prípade zmeny rizík poisteného, odlišných od rizík uvedených v tejto poistnej zmluve, je poistovateľ 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):
 výšku poistného výšku poistnej sumy

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť _____
 pracovná činnosť **DETI NÁBEŽNÉJ ŠKOLY**

Riziková skupina _____

Smrť následkom úrazu _____
 Trvalé následky úrazu _____
 Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením _____
 Hospitalizácia následkom úrazu _____
 Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu _____
 Iné _____

Počet osôb **26**

SNU	Poistná suma	Poistné za skupinu
	EUR SKK	
TNU	5311,03 EUR SKK	
TNUP	EUR SKK	
UH	EUR SKK	
ČNL	112138 EUR SKK	
	EUR SKK	

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu **112138** EUR SKK

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 _____
 Iné _____

Počet osôb _____

SNU	Poistná suma	Poistné za skupinu
	EUR SKK	
TNU	EUR SKK	
TNUP	EUR SKK	
UH	EUR SKK	
ČNL	EUR SKK	
	EUR SKK	

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu _____ EUR SKK

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**
 Iné

Počet osôb:

Poistná suma	Poistné za skupinu
EUR SKK	
EUR SKK	
EUR SKK	
EUR SKK	
EUR SKK	
EUR SKK	
EUR SKK	

Ročné / Jednorazové poisťné za skupinu: EUR SKK

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**
 Iné

Počet osôb:

Poistná suma	Poistné za skupinu
EUR SKK	
EUR SKK	
EUR SKK	
EUR SKK	
EUR SKK	
EUR SKK	
EUR SKK	

Ročné / Jednorazové poisťné za skupinu: EUR SKK

POISTNÉ

Lehotné: 112,39 / EUR SKK

Ročné / Jednorazové poisťné za zmluvu: 112,39 / EUR SKK

Záverčné ustanovenia

Poistník a poistený v tejto poisťnej zmluve prehlasujú, že odpovedali úplne a pravdivo v súlade so svojimi znalosťami a v dobrej viere a uviedli všetky údaje. 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 poisťnej udalosti. Zároveň zbavuje mlčanlivosť voči poisťovateľovi všetkých lekárov v otázkach súvisiacich s jeho zdravotným stavom. Kópia tohto oprávnenia má takú istú platnosť ako originál.

Poistník v tejto poisťnej zmluve prehlasuje, že mu poisťovateľ poskytol všetky informácie potrebné na uzavretie poisťnej zmluvy, oboznámil ho so všeobecnými poisťnými podmienkami a Zmluvnými dojednaniaми dojednávaneho poistenia. Všeobecné poisťné podmienky a Zmluvné dojednania tvoria neoddeliteľnú súčasť poisťnej zmluvy.

Poisťovateľ bude údaje dotknutých osôb (poistník, poistený, oprávnené osoby) zisťovať a spracúvať v súlade so zákonom

č. 8/2008 Z.z. o poisťovníctve na účely identifikácie, uzavierania poisťných zmlúv, správy poistenia, ako aj na ďalšie zákonom stanovené účely.

Poisťovateľ a poistník sa dohodli, že ak je táto poisťná zmluva označená v záhlaví ako náhrada poisťnej zmluvy (poisťných zmlúv), poisťná zmluva (poisťné zmluvy), uvedená v záhlaví ako nahradzovaná, zanikne v celom rozsahu v okamihu začiatku poistenia dohodnutého touto poisťnou zmluvou. Súčasne bude nahradená touto poisťnou zmluvou a podmienkami a dojednaniaми, ktoré sa k nej vzťahujú.

Pre potreby dojednaného poistenia sa účet uvedený v poisťnej zmluve považuje za kontaktný a v prípade, že počas trvania poisťného 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 neoznámenia zmeny účtu nesie poisťovateľ zodpovednosť za prípadnú vzniknutú škodu.

Každá zo zmluvných strán môže poisťnú zmluvu vypovedať do 2 mesiacov od jej uzavretia, výpovedná lehota je 8 dní. Jej uplynutím poisťná zmluva zanikne.

V súlade s § 2 ods. 3) Zákona č. 659/2007 Z.z. o zavedení meny euro v Slovenskej republike sa konečné sumy v eurách po prepočte podľa konverzného kurzu zaokrúhľujú na dve desiatinné miesta na najbližší euro cent podľa pravidiel ustanovených osobitným predpisom. Po 1. 1. 2009 je hodnota uvedená v SKK len informatívna.

podpis poistníka (štátutárneho zástupcu)

totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP

v BAŇSKÉJ BYSTRICI dňa 20



Podpísaný sprostredkovateľ poistenia (meno čitateľne) ODBER ZMLUV, svojím podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených údajov a v mene poisťteľa uzatváram poisťnú zmluvu.

Súčasťou poisťnej zmluvy sú priložené dodatky: menný zoznam osobitné zmluvné dojednania iné:

Zámeny poisťovateľa