

Oblasť **30000**

Číslo návrhu **431 0000000**

Nová poisťná zmluva

Zmena existujúcej zmluvy

Nákladové číslo

Ziskateľské číslo

POISŤNIK je poisťník súčasne poistenou osobou P1? Nie Ak je poisťník súčasne poistený, uveďte jeho osobné údaje len v časti pre poistenú osobu P1.

Priezvisko, meno, titul / Názov právnickej osoby * **MINISTERSTVO VNÚTRA SR** Tel. číslo / mobil

Adresa trvalého pobytu / Ulica, číslo domu **PRIBINOVA 2** PSČ **812 72** Miesto **BRATISLAVA** Kategória klienta Rodné číslo / IČO*

Korešpondenčná adresa / Ulica, číslo domu PSČ Miesto **0908 845 211** E-mail **andrea.mala@tt.vp.sk**

Preukaz totožnosti (OP, CP, iné) č. / Štátna príslušnosť **SE**

PLATENIE POISŤNÉHO

Spôsob platenia Trvalým príkazom Inkasom z účtu Príkazom na úhradu Poštovou poukážkou Privé poisťné zaplatené Pri prevzatí návrhu PZ Po doručení poisťky

Frekvencia platenia Ročne** Polročne** Štvrťročne** Jednorazovo

Číslo účtu

Kód banky

DOBA TRVANIA POISŤENIA ** Frekvencia platenia je zhodná s poisťným obdobím

Začiatok poistenia ¹⁾ **1909 20 13** Účinnosť zmeny poistenia ²⁾ Poisťná doba rok rok rok Počet dní (pri krátkodobom SÚP) **1** / **1** dní Neurčito (pri dlhodobom SÚP)

¹⁾ V prípade, ak v návrhu PZ nie je uvedený začiatok poistenia, alebo ak je tento dátum zhodný s dátumom prevzatia návrhu alebo, tomtu dátumu predchádza, za začiatok poistenia sa považuje najbližšia hodnota dňa nasledujúceho po dni prevzatia návrhu poisťteľom.

²⁾ V prípade návrhovej zmeny poistenia poisťník žiada, aby sa zmena poistenia vykonala k dátumu účinnosti zmeny poistenia, resp. k dátumu doručenia žiadosti o zmenu poistenia, ak dátum účinnosti zmeny nie je v návrhu uvedený. Ak nie je možné vykonať zmenu k tomtu dátumu, poisťník žiada, aby sa zmena vykonala k najbližšiemu možnému dátumu nasledujúceho po dátume účinnosti zmeny poistenia, resp. po dátume doručenia žiadosti o zmenu poistenia.

Koniec poistenia sa určuje z poisťnej doby. Pokiaľ je poisťná doba určená v celých rokoch, deň a mesiac dátumu konca poistenia sa zhoduje s dňom a mesiacom začiatku poistenia a rok konca poistenia je daný súčtom roku začiatku poistenia a poisťnej doby. Trvanie krátkodobého poistenia vyplýva z poisťnej doby, pričom začiatok poistenia je prvým dňom poisťnej doby. Poisťnú dobu "neurčito" je možné dojednať v dlhodobom skupinovom úrazovom poistení.

Tarifná **R** Indexácia poistenia (každoročná úprava poisťného a poisťných súm v zmysle poisťných podmienok)

P1 PRVÁ POISŤENÁ OSOBA

Priezvisko, meno, titul Muž Žena Rodné číslo Št. príslušnosť Preukaz totožnosti (OP, CP, iné) č.

Adresa trvalého pobytu / Ulica, číslo domu PSČ Miesto Tel. číslo/mobil

Korešpondenčná adresa / Ulica, číslo domu PSČ Miesto E-mail

Súčasná zamestnanie Kód zamestnania Nebezpečenská skupina Záujmová činnosť / šport (registrácia v šport. klube/úroveň súťaží) pravidelne nepravidelne

P2 DRUHÁ POISŤENÁ OSOBA (vypíšte v prípade rodinného poistenia) Je adresa trvalého pobytu P2 zhodná s adresou trvalého pobytu P1? Áno Nie (Ak áno, tak nie je potrebné vyplňovať adresu aj pre P2)

Priezvisko, meno, titul Muž Žena Rodné číslo Št. príslušnosť Preukaz totožnosti (OP, CP, iné) č.

Adresa trvalého pobytu / Ulica, číslo domu PSČ Miesto Tel. číslo/mobil

Súčasná zamestnanie Kód zamestnania Nebezpečenská skupina Záujmová činnosť / šport (registrácia v šport. klube/úroveň súťaží) pravidelne nepravidelne

Spolupoistené deti (vypíšte v prípade rodinného poistenia)

Kód zamest. **388** Nebezpečenská skupina **Dieťa** Záujmová činnosť / šport (registrácia v šport. klube/úroveň súťaží)

Priezvisko, meno, titul **P3** Rodné číslo pravidelne nepravidelne

Priezvisko, meno, titul **P4** Rodné číslo pravidelne nepravidelne

Priezvisko, meno, titul **P5** Rodné číslo pravidelne nepravidelne

Priezvisko, meno, titul **P6** Rodné číslo pravidelne nepravidelne

P7 Je možné poistiť, pokiaľ nie je vyplnená P2

Priezvisko, meno, titul **P7** Rodné číslo pravidelne nepravidelne

S1 POISŤENÁ SKUPINA (vypíšte v prípade skupinového úrazového poistenia)

Počet osôb **98** Počet osôb celkom zo všetkých návrhov poisťníka **98** Čísla ostatných návrhov

Bez uvedenia mien S uvedením mien (zoznam poistených musí byť priložený k návrhu PZ) Pre všetkých zamestnancov/členov definovanej skupiny Pre určitú skupinu

Presne označte vykonávanú činnosť (prac. zaradenie)/ činnosť spolku (druh športu)/ poistenú činnosť alebo podujatia

Ziskateľ (priezvisko, meno) Číslo ziskateľa Kontakt na ziskateľa (tel. číslo, e-mail, fax)

Zoľpovedujúce okienka označte krížikom, údaje vypíšte pahlčkovým písmom

OBECNÉ ÚDAJE

rôvnenná osoba pre prípad smrti úrazom P1

Neurčujem Oprávnená osoba (ďalej "OO") sa určuje buď vzťahom k poistenému, alebo menom a rodným číslom (ďalej "r.č."). V prípade, že OO je určená súčasne menom a r.č. a aj vzťahom, považuje sa za OO tá osoba, ktorá je určená menom a r.č. V prípade, že nie je označená kolónka „neurčujem“, ani „vzťahom“ a ani „menom“, považuje sa OO za neurčenú. OO v prípade rodinného poistenia je uvedená v zmluvných dojednaniach. Ak OO nemá r.č., uveďte dátum narodenia.

Vzťahom Označte príslušný vzťah: Manžel/ka Deť Rodičia Iný vzťah (uveďte):

Table with 4 columns: Menom, Priezvisko, meno, Rodné číslo, Podiel v %

(Ak nie je uvedená % úaha výška podielu, resp. ak je súčet rôznych od 100%, tak sa poisťné plnenie rozdelí rovnakým dielom medzi uvedené oprávnené osoby.)

SPOLU: 100 %

VŠEOBECNÉ OTÁZKY

Súbežné poistenia: 1. Má poistený už uzavreté živôtne (Ž) alebo úrazové (Ú) poistenie, príp. má podaný návrh P2?

Form with checkboxes for Nie, Áno pre: P, Ž, Ú and fields for Spoločnosť, Číslo poisťky, Poisťná suma, Platnosť.

2. Bola žiadosť poisteného o poistenie uvedené v bode 1 odmietnutá alebo prijatá za sťažených podmienok?

Form with checkboxes for Nie, Áno pre: P, Ž, Ú and field for Ak áno - aké poistenie? Dôvod?

Rizikové činnosti: 3. Je alebo bude poistený (P1-P7) vystavený zvláštnemu riziku alebo nebezpečenstvu? (napr. silné zariadenie, vybuštiny, potápanie, rýchlostné preteky, súkromné a športové lety, parašutizmus, paraglidng, rogaio, bungee-jumping, extrémne športy, účasť na športových súťažiach a pod.)

Form with checkboxes for Nie, Áno pre: P and fields for Opis rizika.

Údaje o poistení

Typ poistenia (označte vždy len jednu možnosť)

Form with checkboxes for 1. Individuálne úrazové poistenie pre, 2. Skupinové úrazové poistenie pre, 3. Krátkodobé skupinové úrazové poistenie pre.

Form for Poistné sumy pre poistenú skupinu S1, including Pevné poistné sumy and násobok hrubého ročného príjmu.

Poisťné sumy a poisťné pre poistenú osobu P1, S1:

Table with 4 columns: Kód / Názov poistenia, Poisťná suma (€), Ročné tarifné poisťné 1) (€), Výsledok ocenenia 2) (Nová sadzba, Nové ročné tarifné poisťné 2) (€).

1) Súčin sadzby ročného poisťného a poisťnej sumy.

2) Uvedené poistenie je dojednané, iba ak je preň uvedené ročné tarifné poisťné a toto je započítané do bežného alebo jednorazového poisťného.

3) Výška a/alebo nárok na poisťné plnenie sú uvedené v Zmluvných dojednaniach pre úrazové poistenie (ZD ÚP).

4) Vztahuje sa na poistenú osobu P1.

5) Vztahuje sa na poistené osoby P1, P3 - P7.

6) Nová sadzba ročného poisťného po ocenení.

7) Nové ročné tarifné poisťné po ocenení.

8) Vyplní pracovník oceňovania.

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

Polistená osoba P1

Polistená osoba P2

Polistená osoba P3 - P7

Ste v súčasnej dobe uznaný za práceneschopného (t.j. ste PN)?	Nie <input type="checkbox"/>	Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Áno <input type="checkbox"/>
2. Poberáte invalidný dôchodok?	Nie <input type="checkbox"/>	Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Áno <input type="checkbox"/>
3. Utrpeli ste úrazy, ktoré vám zanechali trvalé následky?	Nie <input type="checkbox"/>	Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Áno <input type="checkbox"/>
4. Máte alebo mali ste nejaké telesné poškodenie alebo závažnú chorobu ako napr.: kosť, kĺbov, chrbtice (vrátane väziva a šlach), ťažké ochorenia srdca, ciev, nervového systému (napr. ochrnutia, epilepsia, mozgová - cievná príhoda), psychiky, obličiek, pečene, cukrovku, rakovinu, poruchy videnia (od -9 dpt., od +5 dpt.), nedoslýchavosť, hemofília, HIV-infekciu a t.?	Nie <input type="checkbox"/>	Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Áno <input type="checkbox"/>
Číslo návrhu:	5. Užívate alebo užívali ste pravidelne lieky, drogy alebo návykové látky?		Nie <input type="checkbox"/>	Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Áno <input type="checkbox"/>

Kto je Váš ošetrojúci lekár? (meno, adresa ambulancie, telef.)

P1	
P2	

Údaje k bodu 1. - 5. zdravotného dotazníka, ak bola označená odpoveď "áno". Uveďte meno poisteného, choroby, diagnózy, operácie (dátum), percento poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť (do 70 %, nad 70 %), počet lieptní, užívané lieky, iné rozhodujúce skutočnosti.

Ďalšie dojednania

VYHLÁSENIA POISTNÍKA A POISTENÉHO:

Polistený svojím podpisom potvrdzuje, že spĺňa všetky podmienky poistiteľnosti v zmysle Všeobecných poistných podmienok pre úrazové poistenie – 2009/1. Poistník/poistený svojím podpisom potvrdzuje, že v prípade, ak pri jednotlivých otázkach, resp. údajoch s možnosťou voľby „áno“ alebo „nie“, nie je vyplnená kolónka „áno“ a zároveň nie je vyplnená kolónka „nie“, platí ako odpoveď „nie“.

Poistník/poistený svojím podpisom potvrdzuje, že súhlasí s postúpením údajov poskytnutých poisťiteľovi pre Iné poisťovacie alebo zaisťovacie spoločnosti, sprostredkovateľovi poistenia a subjektom patriacim do koncernu UNIQA (subjekty priamo, resp. nepriamo ovládané poisťiteľom a subjekty priamo, resp. nepriamo ovládajúce poisťiteľa a iné s nimi majetkovo prepojené subjekty). Poistník a poistený súhlasí s cezhraničnými tokom svojich osobných údajov uvedených v tomto tlačive do krajín, ktoré sú súčasťou Európskej únie, ako aj s ich spracovaním v informačných systémoch poisťiteľa, a to v priebehu trvania poistenia a po zániku poistenia počas doby, kedy je to nevyhnutné pre uplatňovanie práv a povinností z poistného vzťahu a v období, v ktorom je povinný poisťiteľ tieto údaje archivovať.

Poistník týmto neodvolateľne a záväzne vyhlasuje, že peňažné prostriedky použité na platenie poistného z tejto poistnej zmluvy sú jeho vlastníctvom a uzavretie tejto zmluvy vykonáva na vlastný účet. V prípade uzavretia zmluvy na cudzí účet alebo použitia prostriedkov inej osoby sa poistník zaväzuje poisťiteľovi predložiť zákonom požadované doklady preukazujúce písomný súhlas tejto osoby.

Poistník svojím podpisom potvrdzuje, že súhlasí s prípadnou úpravou výšky bežného alebo jednorazového poistného, resp. poistnej sumy, v dôsledku elektronického spracovania dát maximálne o 1% a s úpravou rozsahu poistenia, resp. výšky poistnej sumy alebo poistného uvedeného v tomto návrhu poistnej zmluvy v dôsledku ocenenia rizík bez toho, aby táto úprava poisťiteľ s ním prerájal. Poistníka zaslaná poistníkovi s takto upraveným rozsahom poistenia sa nepovažuje za prolnávrh poisťiteľa.

Poistník/poistený svojím podpisom potvrdzuje, že bol oboznámený s príslušnými platnými všeobecnými poistnými podmienkami, poistnými podmienkami a zmluvnými dojednaniaми uvedenými v tomto návrhu alebo jeho dodatkoch a súhlasí s ich obsahom. Zároveň potvrdzuje, že pred podpisom návrhu poistnej zmluvy mu boli uvedené všeobecné poistné podmienky odovzdané. Poistník/poistený svojím podpisom potvrdzuje, že všetky údaje vyplnil pravdivo a úplne a súhlasí s ich postúpením na zaisťovacie spoločnosti.

Poistený súhlasí, aby poisťiteľ podľa potreby zisťoval jeho zdravotný stav, ako aj ďalšie informácie potrebné pre určenie podmienok pre uzavretie, zmenu alebo pokračovanie poistnej zmluvy, ako aj na určenie nárokov vyplývajúcich z poistnej zmluvy. Zároveň spínomočňuje poisťiteľa k jednaniam s príslušnými inštitúciami (lekári, nemocnice, iné zdravotnícke zariadenia a pod.) a v prípade potreby zbavuje tieto inštitúcie povinnosti zachovávať mlčanlivosť.

Poistník/poistený týmto žiada o uzavretie poistenia v rozsahu tohto návrhu PZ.

Na úrazové poistenie dojednané týmto návrhom sa vzťahujú Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie – 2009/1.

TRNAVA

Miesto, dátum prevzatia

Podpis poistníka

Podpis poisteného P1, resp. jeho zákonného zástupcu*

* za poistované maloleté deti podpisuje návrh PZ vždy ich zákonný zástupca

Podpis poisteného P2 - P7,

resp. jeho/ich zákonného zástupcu/zástupcov

VYHLÁSENIE POISTITEĽA:

Potvrdzujem prevzatie tohto návrhu na uzavretie (zmenu) poistnej zmluvy menom UNIQA poisťovne, a.s. Poistná zmluva vznikne (zmeni sa) dorúčením oznámenia o prijatí návrhu poisťiteľom klientovi v lehote 2 mesiacov odo dňa prevzatia návrhu.

Svojím podpisom prehlasujem, že som prevzal návrh poistnej zmluvy a vykonal identifikáciu a overenie identifikácie klienta v zmysle § 7 a B zákona č. 297/2008 Z.z. O ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu, a to overením totožnosti poistníka/poisteného na základe preukazu totožnosti.

TRNAVA

Miesto, dátum prevzatia

Za poisťiteľa návrh poistníka prevzal a totožnosť poistníka** overil

** Poistiteľ je podľa právneho poriadku SR povinný pri uzavieraní poistnej zmluvy požadovať preukázanie totožnosti poistníka a poistník je povinný takejto žiadosti vyhovieť.