



9 4 8 | 9 0 0 1 2 9 4

Číslo návrhu poisťnej zmluvy



2377

NÁVRH POISŤNEJ ZMLUVY PRE ÚRAZOVÉ POISTENIE – PRODUKT

U7 U8 U17 U18

POISŤOVŇA

KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group
Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava 1
IČO: 00 585 441
DIČ: 2020527300
IČ DPH: SK7020000746
Spoločnosť je členom skupiny pre DPH.
Registrácia: Obchodný register Mestského súdu, Bratislava III, oddiel: Sa, vložka 79/B

ZÍSKATEĽ

Získateľ 1	Podiel	Získateľ 2	Podiel
Brigita Marhefková			
Telefón ziskateľa 1 0907923071	E-mail ziskateľa 1 marhefkova@koop.sk	Telefón ziskateľa 2	E-mail ziskateľa 2

A. POISŤNÍK/POISŤENÝ (ak nie je poisťená iná osoba)

Meno, priezvisko, titul (názov firmy) Centrum voľného času Generála Štefánika 47		Rodné číslo/IČO 3 7 9 3 8 0 9 6	
Číslo OP/pasu EY312873 PaeDr. Martin Trajčík	Priemerný čistý mesačný príjem	Štátna príslušnosť Slovenská	
Povolanie – oblasť podnikania (špecifikovať – zamestnaný, nezamestnaný, SZČO)			Štát SR
Adresa trvalého bydliska – ulica, číslo Generála Štefánika 1490/47	PSČ 0 6 0 0 1	Miesto – dodacia pošta Kežmarok	
Adresa pre korešpondenciu – ulica, číslo DTTO	PSČ	Miesto – dodacia pošta	
IBAN S K 1 1 1 1 1 1 0 0 0 0 0 0 6 6 2 4 6 4 0 0 3 8		Názov banky UniCredit Bank a.s.	
Mobilný/telefonický kontakt v zastúpení : PaeDr. Martin Trajčík 0944 075 395			
E-mail			

B. POISŤENÝ (ak je iný ako poisťník)

Meno, priezvisko, titul		Rodné číslo	
Číslo OP/pasu	Priemerný čistý mesačný príjem	Štátna príslušnosť	
Povolanie – oblasť podnikania (špecifikovať – zamestnaný, nezamestnaný, SZČO)			Štát
Adresa trvalého bydliska – ulica, číslo			
Miesto – dodacia pošta			PSČ
Mobilný/telefonický kontakt			
E-mail			

C. OBSAH POISTENIA

Začiatok poistenia

08.07.2024 7,30 hod

Koniec poistenia, koniec platenia poistného

12.07.2024 24:00 hod.

Poistená činnosť

 všetky činnosti zaradené do rizikovej skupiny 1 až 2 pracovná činnosť mimopracovná činnosť

V rizikovej skupine 1-2

V rozsahu

hod.

V prípade skupinového úrazového poistenia (U8, U18) je potrebné priložiť k návrhu predmetnej poistnej zmluvy aktuálny zoznam poistených osôb. V štruktúre: meno a priezvisko, rodné číslo, riziková skupina.

Druh poistenia	Poistná suma (ročný dôchodok denné odškodné) v eurách	Zľava v %	Mesačné (jednorazové) poistné v eurách
<input checked="" type="checkbox"/> Smrť následkom úrazu	13500		
<input checked="" type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu	13500		
<input checked="" type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia úrazu alebo	13500		
<input type="checkbox"/> Denné odškodné za čas pracovnej neschopnosti v dôsledku úrazu alebo			
<input type="checkbox"/> Denné odškodné za pobyt v nemocnici v dôsledku úrazu			
<input type="checkbox"/> Invalidita násl. úrazu s výplatom dôchodku alebo			
<input type="checkbox"/> Invalidita násl. úrazu s výplatom poistnej sumy			
Mesačné (jednorazové) poistné celkovo vrátane dane z poistenia			124,00€
z toho daň z poistenia			
Mesačné (jednorazové) poistné celkovo bez dane			
Dohodnutá splátka na úhradu			
- po zľave 15 % za počet poistených osôb (len pre U8, U18),			
- po zľave % za spôsob platenia poistného (len pre U7, U8),			
- po zľave 40 % za veľk poisteného.			

Poistné za poskytované poistné krytie sa považuje za uhradené po zaplatení poistného vrátane dane z poistenia.

POISTNÉ OBDOBIE A SPÔSOB PLATENIA POISTNÉHO

ročne polročne štvrtročne mesačne (nie je možné platiť poštovým peňažným poukazom)

V prípade označenia inej ako ročnej platby poistného poistník súhlasí s tým, že poistné za celé poistné obdobie bude splatné v príslušnom počte splátok. Pri ročnej platbe poistného je poistné splatné v prvý deň poistného obdobia. V prípade splatnosti poistného za celé poistné obdobie v splátkach sú jednotlivé splátky poistného splatné v prvý deň každého zvoleného obdobia, pričom prvým dňom sa rozumie deň, ktorého číselné označenie je zhodné so začiatkom poistného obdobia.

Druh platby: inkaso z účtu platiteľa bezhotovostne bez avíza bezhotovostne s avízom poštový peňažný poukaz
 IU KN KZ PZ

Variabilný bonus

z mesačnej sadzby za hlavné riziko

Od začiatku tohto poistenia sa ruší poistná zmluva číslo:

PRÁVO NA PLNENIE

Právo na plnenie za trvalé následky úrazu, čas nevyhnutného liečenia, plnú invaliditu a práceneschopnosť má poistený. Právo na výplatu plnenia za úmrtie poisteného má osoba alebo osoby (meno, priezvisko, rodné číslo, prípadne podiel na plnení), resp. právnická osoba (obchodný názov, IČO)

Osoba (osoby) v zmysle § 817 Občianskeho zákonníka

Pre toto poistenie platia príslušné ustanovenia zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník, v znení neskorších predpisov, Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie č. 829, Rozsah nárokov a zmluvných dojednaní pre úrazové poistenie — produkty U7, U8, U17, U18_03 a dojednania v poistnej zmluve. Jednorazové poistné a poistné za prvé poistné obdobie je splatné v deň začiatku poistenia. Poistné na ďalšie poistné obdobia sú splatné vždy v prvý deň dojednaného poistného obdobia. Poistenie môže zaniknúť aj výpoveďou poistníka alebo poisťovne do dvoch mesiacov po uzavretí poistnej zmluvy. Výpovedná lehota je osemdeňná a po jej uplynutí poistenie zanikne.

PREHLÁSENIE POISTNÍKA

1. Poistník svojím podpisom prehlasuje, že:

- bol s dostatočným časovým predstihom pred uzatvorením poistnej zmluvy písomne oboznámený s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatváraného poistenia prostredníctvom Informačného dokumentu o poistnom produkte (ďalej len „IPID“);
- bol s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poistnej zmluvy písomne oboznámený vo vzťahu k poistnej zmluve s informáciami o jednotlivých zložkách poistného, a to prostredníctvom Informačného formulára k neživotnému poisteniu a životnému poisteniu bez odkupnej hodnoty Formulára o zložkách poistného;
- bol oboznámený so znením Všeobecných poistných podmienok poistenia, Osobitných poistných podmienok, Rozsahu nárokov a zmluvných dojednaní pre úrazové poistenie - produkty U7, U8, U17, U18, ktoré sa vzťahujú na poistenie dojednané touto poistnou zmluvou (ďalej spolu aj ako „Poistné podmienky“) spolu s dokumentami uvedenými v bode a) a b) a ktoré:
 prevzal v tlačenej podobe pri podpise tejto poistnej zmluvy;
 pred uzatvorením tejto poistnej zmluvy mu boli na základe ustanovenia § 788 ods. 3 zákona č. 40/1964 Zb., v znení neskorších predpisov, oznámené a prístupné na webovom sídle poisťovne www.kooperativa.sk vo formáte pdf, s možnosťou jeho následného stiahnutia alebo tlače;
- úplne a pravdivo odpovedal na všetky otázky týkajúce sa dojednávania poistenia podľa tejto poistnej zmluvy a je oboznámený s povinnosťami v priebehu trvania poistenia bez zbytočného odkladu oznámiť poisťovni všetky prípadné zmeny v týchto údajoch;

e) bol oboznámený a súhlasí s variabilným bonusom v zmysle VPP, ktorý má vplyv na výšku poistného v priebehu trvania poistenia. Je si vedomý, že výška variabilného bonusu sa môže v súlade s VPP v priebehu trvania poistenia meniť, a ak s úpravou poistného z dôvodu zmeny variabilného bonusu nesúhlasí, môže do jedného mesiaca odo dňa doručenia oznámenia o úprave poistného v zmysle VPP poistnú zmluvu vypovedať.

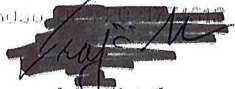
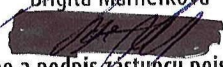
2. V prípade, ak poistník a poistená osoba nie sú totožné osoby, poistník alebo oprávnená osoba prehlasuje, že má oprávnenie poskytnúť poisťovni osobné údaje poisteného alebo oprávnenej osoby na účely uzatvárania, správy a plnenia tejto poistnej zmluvy podľa zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

3. Poisťovňa informuje poistníka a poisteného, že osobné údaje spracúva v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) (ďalej len „Nariadenie“), a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Poistník prehlasuje, že sa oboznámil s informáciami o spracúvaní jeho osobných údajov podľa Nariadenia vrátane informácií o jeho právach. Zároveň berie na vedomie, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť aj na webovej stránke poisťovne.

Podpis poistníka

CENTRUM VOJENSKÝCH
GEN. STAVARSKÝCH
KEŽMAROK
100: 37506059 000 20

Kooperativa
VIENNA INSURANCE GROUP
KOOPERATIVA poisťovňa, o.s. Vienna Insurance Group |
KANCELARIA POPRAD - OM KEŽMAROK
Hlavné námestie 100/21, 060 01 Kežmarok

Kežmarku 04.07.2024		Podpis poisteného (ak je iný ako poistník)	Brigita Marhefková  Meno a podpis zástupcu poisťovne (čitateľne)
Dátum uzavretia poistenia	Podpis poistníka		