



Úraz & Starostlivosť

Úrazové poistenie

Oblasť 30000

Návrh

Zodpovedajúce okienka označte krížikom, údaje vyplňte paličkovým písmom

Číslo 4319037828 Nová poisťná zmluva Zmena existujúcej zmluvy

Nakladové číslo 270

Získateľské číslo 799 10 402

POISTNÍK/platiteľ poistného

Priezvisko, meno, titul/názov Obce Nizny Klatov RC/ČO 00524507 Štát, prisl. SK Kat. kl.

Meno a funkcia osoby konajúcej v mene spoločnosti PhDr. Ing. Marek Jabeľov

Trvalý pobyt/ulica, č.d. Nizny Klatov, Bratislavská 04472 Miesto/štát SLOVENSKO

Korešp. adr. v SR/ulica, č.d. _____ PSČ _____ Miesto _____

Typ preuk. totož. OP Číslo EH 182688 Dát. vydania _____ Vydal orgán/štát _____

Tel. číslo _____ E-mail _____ Dátum narodenia 1. 1. 1972

PRVÁ POISTENÁ OSOBA Pohlavie: muž žena

Je poistená osoba P1 súčasne poisťníkom? áno nie *Ak áno, vyplňte len údaje označené **

Priezvisko, meno, titul _____ RC _____ Štát, prisl. _____

Trvalý pobyt/ulica, č.d. _____ PSČ _____ Miesto/štát _____

Korešp. adr. v SR/ulica, č.d. _____ PSČ _____ Miesto _____

P1 Tel. číslo _____ E-mail _____ Súčasné zamestnanie* _____

Záujm. činnosť/sport (registrácia v šport. klube áno nie, súťaží pravid. nepravid. Nebezp. sk.* _____

Navštevuje šport. triedu áno nie)* Kód zamest.* _____

DRUHÁ POISTENÁ OSOBA (vyplňte v prípade rodinného poistenia) *Ak áno, tak nie je potrebné vyplňať adresu aj pre P2*

Je adresa trvalého pobytu P2 zhodná s adresou trvalého pobytu P1? áno nie

Priezvisko, meno, titul _____ RC _____ Štát, prisl. _____

Trvalý pobyt/ulica, č.d. _____ PSČ _____ Miesto _____

P2 Tel. číslo _____ E-mail _____ Kód zamest. _____ Nebezp. sk. _____

Záujm. činnosť/sport (registrácia v šport. klube áno nie, súťaží pravid. nepravid.) Súčasné zamestnanie _____

SPOLUPOISTENÉ DETI (vyplňte v prípade rodinného poistenia) Kód zamest. 388 Neb. skupina Dieťa

p3 Priezvisko, meno _____ RC _____

Záujm. činnosť/sport (reg. v šport. klube áno nie, súťaží pravid. nepravid.) _____

p4 Priezvisko, meno _____ RC _____

Záujm. činnosť/sport (reg. v šport. klube áno nie, súťaží pravid. nepravid.) _____

Doba trvania poistenia

Začiatok poistenia 25.09.2015 Zmena poistenia 20 Poistná doba _____ rok

Počet dní (pri krátkodobom SÚP) _____ dní Neurčito (pri dlhodobom SÚP)

Platenie Spôsob platenia poistného: Trvalý príkaz Inkaso Príkaz na úhradu Poštová poukážka

Periodicita platenia: Ročne Polročne Štvrťročne Jednorazovo

Č. účtu _____

Výzvětky:

¹ Ak je poisťníkom právnická osoba uveďte jej IČO, názov a meno, funkciu, preukaz totožnosti osoby konajúcej v mene spoločnosti.

² V prípade, ak v návrhu P2 nie je uvedený začiatok poistenia, alebo ak je tento dátum zhodný s dátumom prevzatia návrhu alebo tomuto dátumu predchádza, za začiatok poistenia sa považuje nultá hodina dňa nasledujúceho po dni prevzatia návrhu poisťníkom.

³ V prípade navrhovanej 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 tomuto 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 poistnej doby. Pokiaľ je poistná doba určená v celých rokoch, deň a mesiac dátumu konca poistenia sa zhaduje s dňom a mesiacom začiatku poistenia a rok konca poistenia je daný súčtom roku začiatku poistenia a poistnej doby. Trvanie krátkodobého poistenia vyplýva z poistnej doby, pričom začiatok poistenia je prvým dňom poistnej doby. Poistnú dobu „neurčito“ je možné dojednať v dlhodobom skupinovom úrazovom poistení.

Získateľ (priezvisko, meno) 799 10 402 Číslo získateľa Kontakt na získateľa (tel. číslo, e-mail) 0907 105 900
KAMARLOVA SYLVIA

INSIA SK s.r.o. www.insia.sk
Sylvia Kachmanová, ID: 1208 000
tel.: +421 907 905 900, sylvia.kachmanova@insia.com
na základe písnej moci

UNIQA poisťovňa, a.s., Lazaretská 15, 820 07 Bratislava 27, Slovenská republika
Telefonický kontakt: 0850 111 400, Web: http://www.uniqa.sk, E-mail: poistovna@uniqa.sk
IČO: 00 653 501, DIČ: 2021096242, IČ DPH: SK7020000229, Obchodný register Okresného súdu Bratislava I, Oddiel: Sa, vložka číslo: 84:

Poistená skupina (vyplňte v prípade skupinového úrazového poistenia) (P1 - P4 je označenie poistennej osoby)

Počet osôb <u>10</u>	Počet osôb celkom zo všetkých návrhov poistníka
Číslo ostatných návrhov	
<input type="checkbox"/> Bez uvedenia mien	<input checked="" type="checkbox"/> S uvedením mien (zoznam poistených musí byť priložený k návrhu PZ)
<input type="checkbox"/> Pre určitú skupinu	<input type="checkbox"/> Pre všetkých zamestnancov/členov definovanej skupiny

Číslo návrhu
4319037828

Presné označenie vykonávanej činnosti (prac. zaradenie)/činnosti spolku (druh športu)/poistennej činnosti alebo podujatia

VŠETCI ŽIACI ŠKOLY

Tarifa **R** MS Indexácia poistenia (každoročná úprava poistného a poistných súm v zmysle poistných podmienok)

VŠEOBECNÉ ÚDAJE

Oprávnená osoba pre prípad smrti úrazom P1

<input checked="" type="checkbox"/> Neurčujem	Oprávnená osoba (ďalej „OO“) sa určuje buď vzťahom k poistenému, alebo menom a rodným číslom (ďalej „RČ“). V prípade, že OO je určená súčasne menom a RČ a aj vzťahom, považuje sa za OO tá osoba, ktorá je určená menom a RČ. 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 RČ, uveďte dátum narodenia.		
<input type="checkbox"/> Vzťahom	Označte príslušný vzťah: <input type="checkbox"/> Manžel/ka <input type="checkbox"/> Deti <input type="checkbox"/> Rodičia <input type="checkbox"/> Iný vzťah (uveďte):		
<input type="checkbox"/> Menom	Priezvisko, meno	RČ	Podiel v %
<input type="checkbox"/> Menom	Priezvisko, meno	RČ	Podiel v %
<input type="checkbox"/> Menom	Priezvisko, meno	RČ	Podiel v %
<input type="checkbox"/> Menom	Priezvisko, meno	RČ	Podiel v %

(Ak nie je uvedená %-ová výška podielu, resp. ak je súčet rôzny od 100 %, tak sa poisťné plnenie rozdelí rovnakým dielom medzi uvedené oprávnené osoby.) **SPOLU: 100 %**

VŠEOBECNÉ ÚDAJE

Súbežné poistenia: 1. Má poistený už uzavreté životné (Ž) alebo úrazové (Ú) poistenie, príp. má podaný návrh PZ?
 Nie Áno pre: P Ž Ú Spoločnosť? Číslo poisťky? Poistná suma? Platnosť?

Nie Áno pre: P Ž Ú Spoločnosť? Číslo poisťky? Poistná suma? Platnosť?

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

Nie Áno pre: P Ž Ú Ak áno - aké poistenie? Dôvod?

Nie Áno pre: P Ž Ú Ak áno - aké poistenie? Dôvod?

Rizikové činnosti: 3. Je alebo bude poistený (P1 - P4) vystavený zvláštnemu riziku alebo nebezpečenstvu? (napr. silné zranenie, vybušiny, potápanie, rýchlostné preteky, súkromné a športové lety, parašutizmus, paragliding, rogallo, bungee-jumping, extrémne sparty, účasť na športových súťažiach a pod.)

Nie Áno pre: P Opis rizika:

Nie Áno pre: P Opis rizika:

ÚDAJE O POISTENÍ

Typ poistenia (označte vždy len jednu možnosť)

1. Individuálne úrazové poistenie pre

<input type="checkbox"/> Dospelých (24-h. krytie)	<input type="checkbox"/> Dospelých (pracovný čas)	<input type="checkbox"/> Seniorov (24-h. krytie)	<input type="checkbox"/> Deti a mládež (24-h. krytie)
<input type="checkbox"/> Rodinné 100/75/50 (24-h. krytie)		<input type="checkbox"/> Rodinné 100/50/25 (24-h. krytie)	

2. Skupinové úrazové poistenie pre

<input type="checkbox"/> Dospelých (24-h. krytie)	<input type="checkbox"/> Dospelých (pracovný čas)	<input type="checkbox"/> Spolky a záujmové združenia	<input type="checkbox"/> Deti a mládež (24-h. krytie)
			<input checked="" type="checkbox"/> Deti v MŠ, žiakov ZŠ a SŠ

3. Krátkodobé skupinové úrazové poistenie pre

<input type="checkbox"/> Dospelých (24-h. krytie)	<input type="checkbox"/> Dospelých (vymedzený čas)	<input type="checkbox"/> Deti a mládež (24-h. krytie)	<input type="checkbox"/> Deti v MŠ, žiakov ZŠ a SŠ
---	--	---	--

Poistné sumy pre poistenú skupinu S1

Pevné poisťné sumy násobok hrubého ročného príjmu poistených (pre trvalé následky úrazu a smrti úrazom)
EUR výška celkového hrubého ročného príjmu poistených

Vysvetlivky:

¹ Suma sadzby ročného poistného a poistnej sumy.
² Uvedené poistenie je dojednané, iba ak je predtým uvedené ročné tarífne poistenie a toto je započítané do bežného alebo jednorazového poistného.

(P1 - P4 je označenie poistených osôb)

Výška a/alebo nárok na poistné plnenie sú uvedené v Zmluvných dojednaniach pre úrazové poistenie (ZD ÚP).
 Vztahuje sa na poistenú osobu P1.
 Vztahuje sa na poistené osoby P1, P2 - P4.

Číslo návrhu

4319037828

ÚDAJE O POISTENÍ

Poistné sumy a poistné pre poistenú osobu P1, S1.

Kód/Názov poistenia	Positná suma	Ročné tarífne poistenie ¹
800 Trvalé následky úrazu s progresiou: <input checked="" type="checkbox"/> bez <input type="checkbox"/> 350% <input type="checkbox"/> 500% Je možné dojednať len jednu z uvedených foriem progresie. Pokiaľ nie je označená žiadna možnosť, platí bez progresie.	1 000 EUR	0,20 EUR
810 Smrť úrazom	7 000 EUR	0,25 EUR
821 Denné odškodné od <input type="checkbox"/> 1. dňa <input checked="" type="checkbox"/> 10. dňa Pokiaľ nie je označená žiadna možnosť, považuje sa za požadované denné odškodné od 10. dňa.	1 EUR/deň	0,76 EUR
830 Nemocničné odškodné	EUR/deň	EUR
840 Bolesť	1 500 EUR ²	EUR
850 Úrazové náklady	EUR	EUR
861 Euroochrana	50 000 EUR ²	EUR
870 U-plus servis	20 EUR/deň ^{3,4}	BONUS
871 Zlomeniny kostí u detí	podľa ZD ÚP ^{3,5}	BONUS
881 Drobné úrazy	podľa ZD ÚP ^{2,3}	10 EUR
890 Záchranovacie náklady	10 000 EUR ²	EUR
900 Čas nevyhnutného liečenia	EUR	EUR
910 Kosmetické operácie	EUR	EUR

Celkové ročné tarífne poistenie pre 1 osobu/rodinu:

Celkové ročné tarífne poistenie (vrátane všetkých zliav a prirážok pre všetky poistené osoby):

Bežné alebo jednorazové poistenie (za príslušné obdobie):

2,01 EUR
 18,20 EUR
 18,20 EUR

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

	P1		P2		P3		P4	
	cm	kg	cm	kg	cm	kg	cm	kg
1. Aká je Vaša výška a hmotnosť?								
2. Ste v súčasnej dobe uznaný za pracovne schopného?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno
3. Bola Vám priznaná invalidita?	<input type="checkbox"/> do 70% (vrátane)	<input type="checkbox"/> nad 70%	<input type="checkbox"/> do 70% (vrátane)	<input type="checkbox"/> nad 70%	<input type="checkbox"/> do 70% (vrátane)	<input type="checkbox"/> nad 70%	<input type="checkbox"/> do 70% (vrátane)	<input type="checkbox"/> nad 70%
4. Úrpalí ste praz kosti, svalov alebo rýbav za posledných 10 rokov?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno
5. Máte alebo mali ste v minulosti ochorenie: srdca a ciev, neurologické, dýchacie/psychické, onkologické, ochorenie krvi, poruchy vnútornej sekrécie, cukrovku, AIDS alebo HIV, pozitívitu?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno
6. Máte alebo mali ste v priebehu posledných 10 rokov choroby oka, zraku alebo prísposobené dioptrie nad +10, poruchu sluchu alebo ochorenie ucha?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno
7. Bol ste za posledných 10 rokov hospitalizovaný operovane alebo máte plánovanú hospitalizáciu/operáciu (okrem pôrodnice, výskytov a tehotenským)?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno

to je Váš ošetrojúci lekár? (meno, adresa ambulancie, tel. č.)

P1

P2

Dať k bodu 1 - 7 zdravotného dotazníka, ak bola označená odpoveď „áno“. Uvádte meno poisteného, choroby, diagnózy, operácie (datum) percento poklesu schopnosti vykonávať zarobkovú činnosť (do 70%, nad 70%), počet dioptrií, užívané lieky, iné rozhodujúce skutočnosti.

Dátum dojednávania

Číslo návrhu

4319037828

VYHLASENIA

Poistený svojím podpisom potvrdzuje, že spĺňa všetky podmienky poisťiteľnosti v zmysle Všeobecných poisťných podmienok pre úrazové poistenie – 2014.

Poistník/poistený svojím podpisom potvrdzuje, že všetkým otázkam v tomto návrhu PZ porozumel a zodpovedal ich pravdivo a úplne. Poistník/poistený súhlasí s postúpením údajov na zaisťovacie spoločnosti. 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 udeľuje svojím podpisom súhlas v zmysle § 11 zákona č. 122/2013 Z.z. na spracúvanie ostatných osobných údajov uvedených v poisťnej zmluve a v informačných systémoch poisťiteľa, a to na účel a počas doby poskytovania poistenia a činnosti s tým súvisiacich, a to až do vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poisťnej zmluvy. Počas tejto doby nie je možné udelený súhlas účinne odvolať. Zároveň súhlasí s poskytnutím osobných údajov iným subjektom, ktoré sú súčasťou finančnej skupiny UNIQA Group, vrátane cezhraničného prenosu do krajín EU, ako aj do tretích krajín neposkytujúcich primeranú úroveň ochrany osobných údajov, a to výlučne za účelom výkonu poisťovacej činnosti.

Poistník týmto neodvolateľne záväzne vyhlasuje, že peňažné prostriedky použité na platenie poisťného z tejto poisťnej 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 poisťník zaväzuje poisťiteľovi predložiť zákonom požadované doklady preukazujúce písomný súhlas tejto osoby.

Poistník svojím podpisom potvrdzuje, že súhlasí s prípadnou úpravou výšky bežného alebo jednorazového poisťného, resp. poisťnej sumy maximálne o 1 %, v dôsledku elektronického spracovania dát a s úpravou rozsahu poistenia, resp. výšky poisťnej sumy alebo poisťného uvedeného v tomto návrhu poisťnej zmluvy v dôsledku ocenenia rizík bez toho, aby túto úpravu poisťiteľ s ním prejednal. Poistka zaslaná poisťníkovi s takto upraveným rozsahom poistenia sa nepovažuje za protinávrh poisťiteľa.

Poistník/poistený svojím podpisom potvrdzuje, že pred podpisom tohto návrhu bol podrobne oboznámený s písomnými vyhotoveniami všeobecných poisťných podmienok, zmluvných podmienok, oceňovacích tabuliek a formulára o podmienkach uzavretia poisťnej zmluvy podľa vzoru ustanoveného NBS (ďalej len „podmienky“), ktorými sa poistenie dojednané podľa tohto návrhu riadi a súhlasí s nimi. Svojím podpisom potvrdzuje pravdivosť všetkých údajov uvedených v návrhu a žiada o uzatvorenie/zmenu poistenia v rozsahu tohto návrhu.

Zároveň potvrdzuje v čase pred podpisom návrhu PZ prevzatie písomných podmienok alebo ich prevzatie elektronickou poštou. Berie na vedomie, že podmienky v písomnej forme sú k dispozícii na verejne dostupnej stránke poisťiteľa www.uniqa.sk, ako aj na pobočkách, resp. obchodných miestach poisťiteľa. Podmienky sú neoddeliteľnou súčasťou poisťnej zmluvy.

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

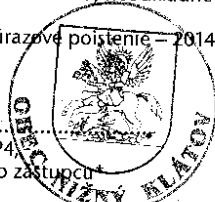
Poistník svojím podpisom potvrdzuje, že ak sa počas trvania poistenia stane politicky exponovanou osobou, neodkladne to oznámi poisťiteľovi.

Na úrazové poistenie dojednané týmto návrhom sa vzťahujú Všeobecné poisťné podmienky pre úrazové poistenie – 2014.

V KG
Miesto, dátum prevzatia
27.9.2015

Podpis poisťníka

Podpis poisťného P1 - P4
resp. jeho/ich zákonného zástupcu



* za poisťované nepľnoleté deti podpisuje návrh PZ vždy ich zákonný zástupca

VYHLÁSENIE POISŤITEĽA:

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

Svojím podpisom prehlasujem, že som prevzal návrh poisťnej zmluvy a vykonal identifikáciu a overenie identifikácie klienta v zmysle § 7 a 8 zákona č. 297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu, a to overením totožnosti poisťníka na základe preukazu totožnosti (OP, cestovný pas, iné). Poisťiteľ je oprávnený na základe § 10 ods. 2 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov spracúvať osobné údaje stanovené osobitným zákonom o poisťovníctve.

V KG 27.9.2015
Miesto, dátum prevzatia



Za poisťiteľa návrh poisťníka prevzal a totožnosť poisťníka** overil

** Poisťiteľ je podľa právneho poriadku SR povinný pri uzavieraní poisťnej zmluvy požadovať preukázanie totožnosti poisťníka a poisťník je povinný takejto žiadosti vyhovieť.