



7004

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“)

☐ 4801 ☐ 4802 ☐ 4805 ☐ 4809
číslo návrhu
poistnej zmluvy

ziskateľské číslo
sprostredkovateľa

POISTNÍK

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

Muž Žena

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

PSČ

Mobilný telefón/Tel. kontakt

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

PSČ

Priemerný čistý mesačný príjem

Dátum narodenia

☐ Rodné číslo / ☐ IČO

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 (uved'te len v prípade, ak ste označili bod 3.)

% z poist. plnenia

Začiatok poistenia

Koniec poistenia

Doba poistenia

h

h

☐ 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

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

ÚRAZOVÉ POISTENIE	Prevažujúca:	☐ športová činnosť			
		☐ pracovná činnosť			
	Riziková skupina	☐			
		☐ 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		EUR	EUR
Ročné / Jednorazové poistné za skupinu					EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE	Prevažujúca:	☐ športová činnosť			
		☐ pracovná činnosť			
	Riziková skupina	☐			
		☐ 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		EUR	EUR
Ročné / Jednorazové poistné za skupinu					EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE	Prevažujúca:	☐ športová činnosť			
		☐ pracovná činnosť			
	Riziková skupina	☐			
		☐ 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		EUR	EUR
Ročné / Jednorazové poistné za skupinu					EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE	Prevažujúca:	☐ športová činnosť			
		☐ pracovná činnosť			
	Riziková skupina	☐			
		☐ 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		EUR	EUR
Ročné / Jednorazové poistné za skupinu					EUR

Záverečné ustanovenia

Poistník a poistený prehlasujú, že všetky jeho odpovede na písomné otázky poisťovne 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 poisťovňa zisťovala a preverovala jeho zdravotný stav vo všetkých zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť a u všetkých lekárov. Tiež splnomocňuje zástupcu poisťovne na právne úkony súvisiace s vyhotovením lekárskeho výpisov zo zdravotnej dokumentácie alebo k ich zapožičaniu za účelom vykonania prípadných zmien zo strany poisťovne a tiež k posúdeniu poistnej udalosti. Zároveň zbavuje mlčanlivosti voči poisťovni 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.

Poisťovňa 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 poisťovni, prípadne nahlásiť formou originálneho potvrdenia banky účet iný. V prípade zneužitia účtu alebo neoznámenia zmeny účtu nenesie poisťovňa zodpovednosť za prípadnú vzniknutú škodu.

Pre toto poistenie platia príslušné ustanovenia Občianskeho zákonníka, Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie (VPP 1000-7), 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 Informačného dokumentu o poistnom produkte (IPID), 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.

V prípade, ak poistník a poistená osoba nie sú totožné osoby, poistník svojím podpisom prehlasuje, že má oprávnenie poskytnúť poisťovni osobné údaje poisteného 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.

Poisťovňa informuje poistníka, 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 svojím podpisom 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 www.kpas.sk.

podpis poistníka

podpis poistníka

totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP

pečiatka firmy

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia
(meno čitateľne)

údajov a v mene poisťovne uzatváram poistnú zmluvu.

v

dňa

, svojím podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených

podpis sprostredkovateľa poistenia