



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“)

číslo návrhu
poistnej zmluvy **2802** 901653

ziskatelské číslo
spostredkovateľa

POISTNÍK	Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko) / Názov firmy		Muž	Žena
	OBEČ HACHOVO			
	Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / Sidlo		PSČ	Mobilný telefón/Tel. kontakt
	NIERU č. 35, HACHOVO		918052	
	Korešpondenčná adresa (ulica, číslo domu, mesto), ak je iná, ako adresa trvalého bydliska		PSČ	Priemerný čistý mesačný príjem
	370			EUR
Dátum narodenia	☐ Rodné číslo / ☒ IČO	Štátna príslušnosť		
	00308449	SR		
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 (uvedte len v prípade, ak ste označili bod 3.)

% z poist. plnenia

--	--	--

--	--	--

--	--	--

Začiatok poistenia	Koniec poistenia	Doba poistenia
26.04.2021	25.04.2022	☒ určitá ☐ neurčitá

V prípade rizík poisteného, odlišných od rizík uvedených v tejto poisť. zmluve, je poisťovateľ oprávnený zmeniť výšku poisťnej sumy alebo poisťného max. o 10 % podľa platných poisťno-matematických zásad. V prípade neurčenia sa zachováva výška poisťného.

Žiadam zachovať: (vyberte jednu z možností) ☒ výšku poisťného ☐ výšku poisťnej 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 ☐ štvrtročne ☐ mesačne ☒ jednorazovo

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

POISTUJE SA OSOBNA MOTORNO VIZIJA (9 OSOB)

ÚRAZOVÉ POISTENIE	Prevažujúca:	☒ športová činnosť	DOBROVOĽNÍ HASIČI			
		☒ pracovná činnosť	DOBROVOĽNÍ HASIČI			
	Riziková skupina	☐	☒ Smrť následkom úrazu	SNU	Poistná suma	Poistné za skupinu
		☐ Trvalé následky úrazu	TNU	3 000,00 EUR	4,38 EUR	
		☒ Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením 350 % TNUP	TNUP	3 000,00 EUR	14,58 EUR	
		☒ Hospitalizácia následkom úrazu	UH	3,00 EUR	5,40 EUR	
		☐ Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL			
	Počet osôb	☐	☐ Iné			
		9				
	Ročné / Jednorazové poistné za skupinu					219,24 EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE	Prevažujúca:	☐ športová činnosť				
		☐ pracovná činnosť				
	Riziková skupina	☐	☐ Smrť následkom úrazu	SNU	Poistná suma	Poistné za skupinu
		☐ Trvalé následky úrazu	TNU			
		☐ Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením 350 % TNUP	TNUP			
		☐ Hospitalizácia následkom úrazu	UH			
		☐ Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL			
	Počet osôb	☐	☐ Iné			
	Ročné / Jednorazové poistné za skupinu					

ÚRAZOVÉ POISTENIE	Prevažujúca:	☐ športová činnosť				
		☐ pracovná činnosť				
	Riziková skupina	☐	☐ Smrť následkom úrazu	SNU	Poistná suma	Poistné za skupinu
		☐ Trvalé následky úrazu	TNU			
		☐ Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením 350 % TNUP	TNUP			
		☐ Hospitalizácia následkom úrazu	UH			
		☐ Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL			
	Počet osôb	☐	☐ Iné			
	Ročné / Jednorazové poistné za skupinu					

ÚRAZOVÉ POISTENIE	Prevažujúca:	☐ športová činnosť				
		☐ pracovná činnosť				
	Riziková skupina	☐	☐ Smrť následkom úrazu	SNU	Poistná suma	Poistné za skupinu
		☐ Trvalé následky úrazu	TNU			
		☐ Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením 350 % TNUP	TNUP			
		☐ Hospitalizácia následkom úrazu	UH			
		☐ Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL			
	Počet osôb	☐	☐ Iné			
	Ročné / Jednorazové poistné za skupinu					

PEŇAŽNÝ ÚSTAV POISTOVNE:	ČÍSLO ÚČTU IBAN / SWIFT (BIC) KÓD BANKY:	POISTNÉ	Celkové ročné / jednorazové poistné bez dane ¹	203,00 EUR
Prima banka Slovensko, a.s. SLSP, a.s. Tatra banka, a.s.	SK87 5600 0000 0012 0022 2008 / KOMASK2X SK28 0900 0000 0001 7819 5386 / GIBASKBX SK60 1100 0000 0026 2322 5520 / TATRSKBX		Daň z poistenia ¹	16,24 EUR
			Celkové ročné / jednorazové poistné vrátane dane ¹	219,24 EUR

Poistné za poskytované poistné krytie sa považuje za uhradené pripísaním poistného, vrátane dane z poistenia¹ na účet poisťovne.

¹ Na toto poistenie sa uplatňuje daň z poistenia podľa zákona č. 213/2018 Z. z. o dani z poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

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.

Poistník podpísaním tohto návrhu záväzne potvrdzuje, že peňažné prostriedky použité na úhradu poistného sú jeho vlastníctvom a poistnú zmluvu uzatvára na vlastný účet.

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 pois-

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

Pre toto poistenie platia príslušné ustanovenia Občianskeho zákonníka, Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie (VPP 1000-8), 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 poisťovní 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.

Poisťovníka 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

odtlačok pečiatky právnickej osoby

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia
(meno ústne)

údajov a v mene poisťovne uzatvára poistnú zmluvu.

v

dňa

svojím podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených

podpis sprostredkovateľa poistenia

