



82200000

182

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. 3346/B (ďalej len „poistovňa“)

4801 4802 4805 4809

číslo návrhu poistnej zmluvy 2802901301

ziskateľské číslo sprostredkovateľa

POISTNÍK

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

Obecný úrad Brestovec

Muž Žena

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

Brestovec 86, Brestovec

PSČ

9 4 6 1 7

Mobilný telefón/Tel. kontakt

+421357780083

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

0 0 3 0 6 3 8 0

Štátna príslušnosť

Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa)

obecný úrad

Zamestnanie - druh, funkcia, povolanie, typ pracovnej činnosti

čistenie ver.priestranstiev,kosenie verejnej zelene

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 (uvádzajte len v prípade, ak ste označili bod 3.)

% z poist. plnenia

ĎALŠIE DOJEDNANIA

Začiatok poistenia

1 0 0 4 2 0 1 9

0 0 . 0 0 h

Koniec poistenia

0 9 0 4 2 0 2 0

2 4 . 0 0 h

Doba poistenia

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 štvrtročne mesačne jednorazovo

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

úrazové poistenie pre uchádzačov o zamestnanie:

MENNÝ ZOZNAM:

a) Arpád Császár, Brestovec 148, 946 17 Brestovec, r.č. 550619/6542

profesia: pracovník na čistenie verejných priestranstiev, údržbár, kosenie verejnej zelene

b) Jozef Paksi, Brestovec 100, 946 17 Brestovec, r.č. 550125/6101

profesia: pracovník na Eko dvore

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina Smrť následkom úrazu Trvalé následky úrazu Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením Hospitalizácia následkom úrazu Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu Iné

Počet osôb 2

	Poistná suma	Poistné za skupinu
SNU	3 320,00 EUR	6,46 EUR
TNU	1 660,00 EUR	5,38 EUR
TNUP	EUR	EUR
UH	EUR	EUR
ČNL	830,00 EUR	15,36 EUR
IU	1 660,00 EUR	1,24 EUR
Ročné / Jednorazové poistné za skupinu		28,44 EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina Smrť následkom úrazu Trvalé následky úrazu Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením Hospitalizácia následkom úrazu Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu Iné

Počet osôb

	Poistná suma	Poistné za skupinu
SNU	EUR	EUR
TNU	EUR	EUR
TNUP	EUR	EUR
UH	EUR	EUR
ČNL	EUR	EUR
	EUR	EUR
Ročné / Jednorazové poistné za skupinu		EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina Smrť následkom úrazu Trvalé následky úrazu Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením Hospitalizácia následkom úrazu Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu Iné

Počet osôb

	Poistná suma	Poistné za skupinu
SNU	EUR	EUR
TNU	EUR	EUR
TNUP	EUR	EUR
UH	EUR	EUR
ČNL	EUR	EUR
	EUR	EUR
Ročné / Jednorazové poistné za skupinu		EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina Smrť následkom úrazu Trvalé následky úrazu Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením Hospitalizácia následkom úrazu Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu Iné

Počet osôb

	Poistná suma	Poistné za skupinu
SNU	EUR	EUR
TNU	EUR	EUR
TNUP	EUR	EUR
UH	EUR	EUR
ČNL	EUR	EUR
	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 výpisu zo zdravotnej dokumentácie alebo k ich zapožičaniu za účelom vykonania prípadných zmien zo strany poisťovne a tiež k posúdeniu poisťovej udalosti. Zároveň zbavuje mlčanlivosti voči poisťovní 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 poisťového sú jeho vlastníctvom a poisťnú zmluvu uzatvára na vlastný účet.

Poisťovňa a poisťník sa dohodli, že ak je táto poisťná zmluva označená

v záhlaví ako náhrada poisťnej zmluvy (poistných zmlúv), poisťná zmluva (poistné zmluvy), uvedená v záhlaví ako nahradzovaná, zanikne v celom rozsahu v okamihu začiatku poistenia dohodnutého touto poisťnou zmluvou. Súčasne bude nahradená touto poisťnou zmluvou a podmienkami a dojednaniami, ktoré sa k nej vzťahujú.

Pre potreby dojednaného poistenia sa účet uvedený v poisťnej zmluve považuje za kontaktný a v prípade, že počas trvania poisťného vzťahu dôjde k zmene, je poisťník povinný túto zmenu písomne oznámiť poisťovní, prípadne nahlásiť formou originálneho potvrdenia banky účet iný. V prípade zneužitia účtu alebo neoznámenej zmeny účtu nenesie poisťovňa zodpovednosť za prípadnú vzniknutú škodu.

Pre toto poistenie platia príslušné ustanovenia Občianskeho zákonníka, Všeobecné poisťné podmienky pre úrazové poistenie (VPP 1000-7), ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou poisťnej zmluvy.

Každá zo zmluvných strán môže poisťnú zmluvu vypovedať do 2 mesiacov od jej uzavretia, výpovedná lehota je 8 dní. Jej uplynutím poisťná zmluva zanikne.

Poistník svojím podpisom potvrdzuje, že s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poisťnej zmluvy bol písomne oboznámený s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatváratej poisťnej zmluvy prostredníctvom Informačného dokumentu o poisťnom produkte (IPID), ktorý prevzal. A zároveň potvrdzuje, že pred uzavretím poisťnej zmluvy bol oboznámený so znením vyššie uvedených všeobecných poisťných podmienok patriacich k tomuto poisteniu, ktoré následne aj prevzal v písomnej podobe.

V prípade, ak poisťník a poistená osoba nie sú totožné osoby, poisťník svojím podpisom prehlasuje, že má oprávnenie poskytnúť poisťovní osobné údaje poisteného na účely uzatvárania, správy a plnenia tejto poisťnej zmluvy podľa zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Poisťovňa informuje poisťníka, 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.



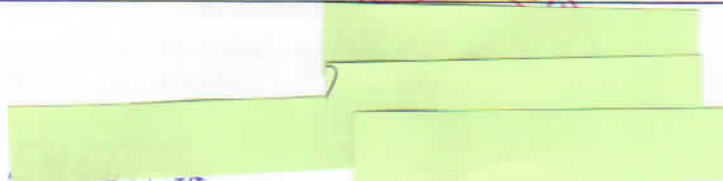
podpis poisťníka



podpis poisťníka

č. OP:

totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP



pečiatka firmy

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia (meno čitateľne)

Michal Hambálek

svojím podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených

údajov a v mene poisťovne uzatváram poisťnú zmluvu.

v

Nitre

dňa

0 | 9 | 0 | 4 | 2 | 0 | 1 | 9



podpis sprostredkovateľa poistenia