



Číslo návrhu 091 0091639		Číslo poisťnej zmluvy	
Získateľ 1	Podiel	Získateľ 2	Podiel
E-mail získateľa		Telefón získateľa	

NÁVRH POISTNEJ ZMLUVY PRE ÚRAZOVÉ POISTENIE - PRODUKT

☐ U5 ☒ U15 ☐ U13 ☐ U14

A. POISTNÍK / POISTENÝ (ak nie je poistená iná osoba)

Priezvisko / Názov firmy GYNNA?NUT TERÉZIE VANSOVEJ		Meno, titul		Rodné číslo / IČO	
Číslo OP	Povolanie - oblasť podnikania (špecifikovať - zamestnaný, ne-zamestnaný, SZČO)	Stav	Štát	Štát prisl.	
Miesto narodenia	Priemerný čistý mesačný príjem				
Adresa trvalého bydliska - ulica, číslo 17. NOVEMBRA 591/6	PSČ 06401	Miesto - dodacia pošta STARA VASOVA			
Adresa pre korešpondenciu - ulica, číslo JETTO	PSČ	Miesto - dodacia pošta			
Názov peňažného ústavu	Číslo účtu v tvare IBAN				
Mobilný telefón/telefonický kontakt	E-mail				

B1. POISTENÝ (ak je iný ako poistník)

Priezvisko GUOZDIAROVÁ		Meno, titul ANNA		Rodné číslo 6957179037	
Číslo OP OP:	Povolanie - oblasť podnikania (špecifikovať - zamestnaný, ne-zamestnaný, SZČO) ASSISTENTKA	Stav UD.	Štát	Štát prisl.	
Miesto narodenia ST. ST. VES	Priemerný čistý mesačný príjem				
Adresa trvalého bydliska - ulica, číslo VEIKY LIPNÍK 457	PSČ 06533	Miesto - dodacia pošta VEIKY LIPNÍK			
Mobilný telefón/telefonický kontakt 0905 905575	E-mail				

C. OBSAH POISTENIA

Začiatok poistenia 1.10.2017	Koniec poistenia, koniec platenia poisťného 31.03.2018	Zlava za čiastočný výkon v %
Poistená činnosť <input checked="" type="checkbox"/> všetky činnosti zaradené do rizikovej skupiny 1 až I. <input type="checkbox"/> činnosť		
v rizikovej skupine I. v rozsahu _____ hod./_____		

Druh poistenia	Poistná suma (ročný dôchodok denné odškodné) v EUR	Zľava v %	Mesačné (jednorazové) poistné v EUR	Poistné obdobie a spôsob platenia poistného: <input type="checkbox"/> 1 – ročne <input type="checkbox"/> 2 – polročne <input type="checkbox"/> 4 – štvrtročne <input type="checkbox"/> 6 – mesačne Poistné obdobie sa začína vždy v deň zhodný s dňom v dátume začiatku poistenia.
<input checked="" type="checkbox"/> Smrť úrazom	1000,00		0,20	
<input checked="" type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu	1000,00		0,30	
<input checked="" type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia úrazu alebo	1000,00		0,20	
<input type="checkbox"/> denné odškodné za práceneschopnosť po úraze				
<input type="checkbox"/> Invalidita následku úrazu s výplátou dôchodku alebo				
<input type="checkbox"/> invalidita následku úrazu s výplátou poistnej sumy				
Mesačné (jednorazové) poistné celkom:			10,92	
Celkové lehôtne poistné, resp. jednorazové poistné po zľave% za čiastočný výkon a po zľave% za spôsob platenia poistného:				Od začiatku tohto poistenia sa ruší poistná zmluva číslo: 1000

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

☒ Osoba (osoby) v zmysle § 817 Občianskeho zákonníka

ROZSAH NÁROKOV A ZMLUVNÉ DOJEDNANIA

Poistením sú kryté v plnom rozsahu iba pracovne a mimopracovne aktivity poisteného, zaradené do rizikovej skupiny uvedenej v poistnej zmluve, prípadne rizikovej skupiny nižšieho stupňa. Ak je v poistnej zmluve poistená činnosť špecifikovaná (produkt U13, U14), poisťovňa plní iba za úrazy, ktoré sa stali pri vykonávaní tejto činnosti.

Poistený je povinný bezodkladne oznámiť poisťovní všetky zmeny počas poistenia, ktoré majú vplyv na jeho zaradenie do rizikovej skupiny. V prípade, že poistený utrpí úraz pri pracovnej alebo mimopracovnej činnosti, ktorá patrí do vyššej rizikovej skupiny, než bola dojednaná v poistnej zmluve, poisťovňa primerane zníži výšku plnenia.

Poisťovňa poskytne v prípade úrazu poisteného, ktorý sa stal počas doby poistenia, poistné plnenie z tých rizík, ktoré sú v poistnej zmluve dojednané (obsah poistenia).

V prípade smrti následkom úrazu vyplati poisťovňa v zmysle Všeobecných poistných podmienok pre úrazové poistenie dohodnutú poistnú sumu pre prípad smrti následkom úrazu.

V prípade trvalých následkov úrazu, ktorý sa stal poistenému v dobe platenia poistného, vyplati poisťovňa po ich ustalení a v súlade so Všeobecnými poistnými podmienkami pre úrazové poistenie príslušné percento z dojednanej poistnej sumy pre trvalé následky úrazu podľa tabuľky B v „Zásadách a tabuľkách pre hodnotenie telesných poškodení v úrazovom poistení“ poisťovne KOOOPERATIVA, a. s. Vienna Insurance Group (ďalej len „Zásady“), platných v čase vzniku úrazu.

V prípade úrazu poisteného v dobe trvania poistenia, ak čas, ktorý je podľa poznatkov vedy obvykle potrebný na zahojenie alebo ustalenie telesného poškodenia, je najmenej 15 dní, vyplati poisťovňa podľa Všeobecných poistných podmienok pre úrazové poistenie za čas nevyhnutného liečenia príslušné percento z poistnej sumy pre čas nevyhnutného liečenia, zodpovedajúce priemernej dobe liečenia telesného poškodenia podľa tabuľky A v „Zásadách“ platných v čase vzniku úrazu.

Vyplňa poisťovňa

Návrh odoslany dňa:	Prezentačná pečiatka	Texoval:	Dňa:	Navrh prijaty dňa:
		Ocenoval:	Dňa:	

Nevybíelane plochy vyplňuje poisťovňa!

V prípade práceneschopnosti poisteného následkom úrazu, ktorý sa stal v dobe trvania poistenia, a ak táto práceneschopnosť trvala minimálne 7 dní, vyplati poisťovňa za každý deň práceneschopnosti, maximálne však za dobu jedného roka, dojednanú sumu denného odškodného za práceneschopnosť v súlade so Všeobecnými poisťnými podmienkami pre úrazové poistenie.

Ak bol poistenému v dobe trvania poistenia priznaný plný invalidný dôchodok zo sociálneho zabezpečenia výlučne v dôsledku úrazu, ktorý sa stal v dobe trvania poistenia, poisťovňa v súlade so Všeobecnými poisťnými podmienkami

pre úrazové poistenie v závislosti od dojednania v poistnej zmluve vyplati v priebehu nasledujúcich piatich rokov vždy 1/5 dojednanej poistnej sumy pre prípad plnej invalidity (za predpokladu zotrvania plnej invalidity), alebo bude počas plnej invalidity vyplácať mesačne invalidný dôchodok. Invalidný dôchodok poisťovňa vypláca najdlhšie do výročného mesiaca začiatku výplaty invalidného dôchodku v roku, v ktorom sa poistený dožije 65 rokov. Poistenie plnej invalidity sa končí najneskôr vo výročný deň začiatku poistenia v roku, v ktorom sa poistený dožije 65 rokov. Poistenie sa vzťahuje iba na prvú poistnú udalosť.

Pre toto poistenie platia príslušné ustanovenia zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov, Všeobecných poisťných podmienok pre úrazové poistenie č. 806 a zmluvné dojednanie 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 osemenná a po jej uplynutí poistenie zanikne.

PREHLÁSENIE POISTNÍKA, POISTENÉHO, RESP. ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU MALOLETÉHO DIEŤAŤA

Poistený a poistník 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 prehlasuje, že v súlade s § 793 si splnil svoju informačnú povinnosť odpovedať pravdivo a úplne na všetky otázky týkajúce sa dojednavaného poistenia, v opačnom prípade má poisťovňa právo postupovať v zmysle čl. 4 ods. 4, 5 a 6 VPP č. 806. Podpísaním návrhu poistnej zmluvy poistený dáva súhlas, aby poisťovňa v súvislosti s uzavretím poistenia, poistnou udalosťou či zvyšovaním poistného krytia v prípade potreby zisťovala zdravotný stav poisteného. V tejto súvislosti oprávňuje každého lekára, ktorý jeho osobu doteraz ošetroval alebo bude ošetrovať, aby obchodnej spoločnosti KOOPERATIVA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group poskytol informácie o jeho zdravotnom stave.

Poistník podpísaním tohto návrhu poistnej zmluvy záväzne potvrdzuje, že peňažné prostriedky použité na úhradu poistného sú v jeho vlastníctve a koná na vlastný účet. Poistník súhlasí, aby v súlade so znením Všeobecných poisťných podmienok č. 806 v prípade zvýšeného rizika smrti, invalidity alebo úrazu (za povolanie, zaujmovú činnosť, zdravotný stav) poisťovňa bez jeho dodatočného súhlasu primerane, maximálne však o 10 %, zvýšila poistné pri zachovaní dojednaného poistného krytia. Poistník súhlasí, aby vzhľadom na vznikajúce rozdiely medzi manuálnym výpočtom poistného zo sadzobníka a výpočtom v systéme, poisťovňa bez jeho dodatočného súhlasu primerane, maximálne však o 0,05 EUR, zvýšila poistné pri zachovaní dojednaného poistného krytia.

Poistník svojím podpisom potvrdzuje, že mu boli odovzdané poistné podmienky č. 806, vzťahujúce sa k uzatvorenému poisteniu v písomnej forme pri podpise návrhu poistnej zmluvy.

Poistník podpisom poistnej zmluvy dáva súhlas na spracovanie osobných údajov v informačnom systéme poisťovateľa na účely priameho marketingu poisťovateľa (najmä informácie o novinkách, akciách a zľavách, ako aj o súťažiach, poisťných produktoch a poskytovaných online službách a pod.) po dobu trvania poistného vzťahu.

☒ ÁNO ☐ NIE

Poistník v súlade s § 12 ods. 2 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 84/2014 Z.z. dáva svoj súhlas, aby osobné údaje získané touto poistnou zmluvou a v rozsahu tejto poistnej zmluvy poskytol poisťovateľ iným právnickým a fyzickým osobám podnikajúcim v poradenskej a/alebo sprostredkovateľskej činnosti v oblasti poisťovníctva, ostatným subjektom a združeniam týchto subjektov podnikajúcim v poisťovníctve, zmluvným partnerom poisťovne (zoznam zmluvných partnerov je uverejnený na www.kooperativa.sk), iným oprávnenými subjektom, do iných členských štátov EÚ, v prípade ak to bude nevyhnutné na zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností z tejto poistnej zmluvy. Poistník prehlasuje, že mu boli vopred poskytnuté údaje v zmysle § 15 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov a bol ako dotknutá osoba poučený o svojich právach uvedených v § 28 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Zároveň berie na vedomie, že text poučenia je možné nájsť aj na webovej stránke poisťovateľa.

29.09.2012
datum uzavretia poistenia

podpis poistníka
GYMNÁZIUM
Terézie Vansovej
17. novembra 5
064 01 Stará Ľubovňa

podpis poisteného
(ak je iný ako poistník)

meno a podpis
obchodného zástupcu poisťovne
(čitateľne)

Záznamy o dojednaní poistenia: