

2377

948 9 0 0 1 1 8 4

Číslo návrhu poisťnej zmluvy

## NÁVRH POISTNEJ ZMLUVY PRE ÚRAZOVÉ POISTENIE – PRODUKT

U7  U8  U17  U18

### POISŤOVŇA

KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group

Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava 1

IČO: 00 585 441

DIČ: 2020527300

IČ DPH: SK7020000746

Spoločnosť je členom skupiny pre DPH.

Registrácia: Obchodný register Mestského súdu, Bratislava III, oddiel: Sa, vložka 79/B

### ZÍSKATEĽ

Získateľ 1	Podiel	Získateľ 2	Podiel
2518008030	100%		
Telefón ziskateľa 1	E-mail ziskateľa 1	Telefón ziskateľa 2	E-mail ziskateľa 2
0902780188	kusnierikova@koop.sk		

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

Meno, priezvisko, titul (názov firmy)

Obec Čekovce

Rodné číslo/IČO

0 0 3 1 9 7 9 1

Číslo OP/pasu

Priemerný čistý mesačný príjem

Štátna príslušnosť

Povolanie – oblasť podnikania (špecifikovať – zamestnaný, nezamestnaný, SZČO)

Štát

Adresa trvalého bydliska – ulica, číslo  
Obecný úrad 19

PSČ

9 6 2 4 1

Miesto – dodacia pošta  
Čekovce - Bzovík

Adresa pre korešpondenciu – ulica, číslo

PSČ

Miesto – dodacia pošta

IBAN

Názov banky

Mobilný/telefonický kontakt

0907813143

E-mail

starosta@cekovce.sk

### B. POISTENÝ (ak je iný ako poistník)

Meno, priezvisko, titul

vid. priložený zoznam

Rodné číslo

Číslo OP/pasu

Priemerný čistý mesačný príjem

Štátna príslušnosť

Povolanie – oblasť podnikania (špecifikovať – zamestnaný, nezamestnaný, SZČO)

Štát

Adresa trvalého bydliska – ulica, číslo

Miesto – dodacia pošta

PSČ

Mobilný/telefonický kontakt

E-mail

## PRÁVO NA PLNENIE

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

**Osoba (osoby) v zmysle § 817 Občianskeho zákonníka**

Pre toto poistenie platia príslušné ustanovenia zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník, v znení neskorších predpisov, Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie č. 829, Rozsah nárokov a zmluvných dojednaní pre úrazové poistenie — produkty U7, U8, U17, U18\_03 a dojednaní 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 osemdeňná a po jej uplynutí poistenie zanikne.

## PREHLÁSENIE POISTNÍKA

1. Poistník svojím podpisom prehlasuje, že:




- bol s dostatočným časovým predstihom pred uzatvorením poistnej zmluvy písomne oboznámený s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatváraného poistenia prostredníctvom Informačného dokumentu o poistnom produkte (ďalej len „IPID“);
- bol s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poistnej zmluvy písomne oboznámený vo vzťahu k poistnej zmluve s informáciami o jednotlivých zložkách poistného, a to prostredníctvom Informačného formulára k neživotnému poisteniu a životnému poisteniu bez odkupnej hodnoty Formulára o zložkách poistného;
- bol oboznámený so znením Všeobecných poistných podmienok poistenia, Osobitných poistných podmienok, Rozsahu nárokov a zmluvných dojednaní pre úrazové poistenie - produkty U7, U8, U17, U18, ktoré sa vzťahujú na poistenie dojednané touto poistnou zmluvou (ďalej spolu aj ako „Poistné podmienky“) spolu s dokumentami uvedenými v bode a) a b) a ktoré:  
 prevzal v tlačenej podobe pri podpise tejto poistnej zmluvy;  
 pred uzatvorením tejto poistnej zmluvy mu boli na základe ustanovenia § 788 ods. 3 zákona č. 40/1964 Zb., v znení neskorších predpisov, oznámené a sprístupnené na webovom sídle poisťovne [www.kooperativa.sk](http://www.kooperativa.sk) vo formáte pdf, s možnosťou jeho následného stiahnutia alebo tlače;
- úplne a pravdivo odpovedal na všetky otázky týkajúce sa dojednávania poistenia podľa tejto poistnej zmluvy a je oboznámený s povinnosťami v priebehu trvania poistenia bez zbytočného odkladu oznámiť poisťovni všetky prípadné zmeny v týchto údajoch;


e) bol oboznámený a súhlasí s variabilným bonusom v zmysle VPP, ktorý má vplyv na výšku poistného v priebehu trvania poistenia. Je si vedomý, že výška variabilného bonusu sa môže v súlade s VPP v priebehu trvania poistenia meniť, a ak s úpravou poistného z dôvodu zmeny variabilného bonusu nesúhlasí, môže do jedného mesiaca odo dňa doručenia oznámenia o úprave poistného v zmysle VPP poistnú zmluvu vypovedať.

2. V prípade, ak poistník a poistená osoba nie sú totožné osoby, poistník alebo oprávnená osoba prehlasuje, že má oprávnenie poskytnúť poisťovni osobné údaje poisteného alebo oprávnenej osoby 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.

3. Poisťovňa informuje poistníka a poisteného, 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 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.

Podpis poistníka

04.04.2024			
Dátum uzavretia poistenia	Podpis poistníka	Podpis poisteného (ak je iný ako poistník)	Meno a podpis zástupcu poisťovne (čitateľne)

ativa   
RANCE GROUP  
Vienna Insurance Group | 1  
IA KRUPINA  
1. 30. 21. Krupina