

POISTNÁ ZMLUVA PRE SKUPINOVÉ POISTENIE

KOMUNÁLNA poistovňa, a. s. Vienna Insurance Group

Štefánikova 8, 811 05 Bratislava
IČO: 31 595 545, Obchod. reg. Okr. súdu Ba I, oddiel: Sa, vložka č.: 3345/B
Číslo účtu v banke: 0178195386/0900; 1200222008/5600

Variabilný symbol
 4801
 4802
 4805
 4809

901246

POISŤNÍK

Príezvisko, meno, titul / názov firmy
OBEĽ ČABINY - MATEĽSKÁ ŠKOLA ČABINY

Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / sídlo
ČABINY 106402 ČABINY PSČ **064102** Kontaktný telefón

Korešpondenčná adresa (ulica, číslo domu, mesto), ak je iná ako adresa trvalého bydliska
 PSČ Telefón do práce

Dátum narodenia **01** Rodné číslo / IČO **01032128731** Štatutárny zástupca **MILAN MOROZ** Štátna príslušnosť

POISTENÍ menný zoznam poistených nomenované osoby

OPRÁVNENÉ OSOBY V prípade smrti poisteného má právo na plnenie osoba v zmysle § 817, odstavce 2 a 3 Občianskeho zákonníka.

ĎALŠIE DOJEDNANIA

Začiatok poistenia **01/12/2015** Konec poistenia **31/09/2016** Doba poistenia určitá neurčitá

Interval platenia (poistné obdobie)
 ročne polročne štvrtročne
 mesačne jednorazovo

Spôsob platenia
 prevodom z účtu OPU č.:
 prevodom z účtu č.:
 poštový peňažný poukaz inak

V prípade zmeny rizík poisteného, odlišných od rizík uvedených v tejto poistnej zmluve, je poisťovateľ oprávnený zmeniť výšku poistnej sumy alebo poistného maximálne 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

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 **11**

Poistná suma **BALIK A VARIANT**

SNU	1327,76 EUR	SKK	25,52
TNU	EUR	SKK	
TNUP	EUR	SKK	
UH	EUR	SKK	
ČNL	1327,76 EUR	SKK	
	EUR	SKK	

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu **25,52** EUR SKK

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

SNU	EUR	SKK	
TNU	EUR	SKK	
TNUP	EUR	SKK	
UH	EUR	SKK	
ČNL	EUR	SKK	
	EUR	SKK	

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu EUR SKK

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina: Smrť následkom úrazu **SNU** Poistná suma: EUR SKK Poistné za skupinu:

Trvalé následky úrazu **TNU** EUR SKK

Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením **TNUP** EUR SKK

Hospitalizácia následkom úrazu **UH** EUR SKK

Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu **ČNL** EUR SKK

Počet osôb: Iné: EUR SKK

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu: EUR SKK

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina: Smrť následkom úrazu **SNU** Poistná suma: EUR SKK Poistné za skupinu:

Trvalé následky úrazu **TNU** EUR SKK

Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením **TNUP** EUR SKK

Hospitalizácia následkom úrazu **UH** EUR SKK

Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu **ČNL** EUR SKK

Počet osôb: Iné: EUR SKK

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu: EUR SKK

POISTNÉ

Lehotné: 25,52 EUR SKK

Ročné/Jednorazové poistné za zmluvu: 25,52 EUR SKK

Záverecné ustanovenia

Poistník a poistený v tejto poistnej zmluve prehlasujú, že odpovedali úplne a pravdivo v súlade so svojimi znalosťami a v dobrej viere a uviedli všetky údaje. Poistený vyhlasuje, že súhlasí, aby poisťovateľ zisťoval a preveroval jeho zdravotný stav vo všetkých zdravotníckych zariadeniach, poskytujúcich zdravotnú starostlivosť a u všetkých lekárov. Tiež spinomochňuje zástupcu poisťovateľa na právne úkony súvisiace s vyhotovením lekárskeho výpisu zo zdravotnej dokumentácie alebo k ich zapožičaniu za účelom vykonania prípadných zmien zo strany poisťovateľa a tiež k posúdeniu poistnej udalosti. Zároveň zbavuje mlčanlivosť voči poisťovateľovi všetkých lekárov v otázkach súvisiacich s jeho zdravotným stavom. Kópia tohto oprávnenia má takú istú platnosť ako originál.

Poistník v tejto poistnej zmluve prehlasuje, že mu poisťovateľ poskytol všetky informácie potrebné na uzavretie poistnej zmluvy, oboznámil ho so všeobecnými poistnými podmienkami a Zmluvnými dojednaniaми dojednaného poistenia. Všeobecné poistné podmienky a Zmluvné dojednania tvoria neoddeliteľnú súčasť poistnej zmluvy.

Poisťovateľ bude údaje dotknutých osôb (poistník, poistený, oprávnené osoby) získavať a spracúvať v súlade so zákonom č. 8/2008 Z.z. o poisťovníctve na účely identifikácie, uzavierania poistných zmlúv, správy poistenia, ako aj na ďalšie zákonom stanovené účely.

Poisťovateľ 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 dojednaniaми, 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 poisťovateľovi, prípadne nahlásiť formou originálneho potvrdenia banky účet iný. V prípade zneužitia účtu alebo neoznámenia zmeny účtu nenesie poisťovateľ zodpovednosť za prípadnú vzniknutú škodu.

Každá zo zmluvných strán môže poistnú zmluvu vypovedať do 2 mesiacov od jej uzavretia, vypovedná lehota je 8 dní. Jej uplynutím poistná zmluva zanikne.

V súlade s § 2 ods. 3) Zákona č. 659/2007 Z.z. o zavedení meny euro v Slovenskej republike sa konečné sumy v eurách po prepočte podľa konverzného kurzu zaokrúhľujú na dve desatinné miesta na najbližší euro cent podľa pravidiel ustanovených osobitným predpisom. Po 1. 1. 2009 je hodnota uvedená v SKK len informatívna.

OBEC ČABINY
 OBEČNÝ ÚRAD ČABINY 141
 IČO: 00322873

podpis poistníka (štátutárneho zástupcu)

totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP

v HUMENNOM dňa 20

MÁRIA ČOJDIČOVÁ
 regionálny riaditeľ
 Štefan Kováčik
 UNIVERSAL mláderský m. a. s.
 069 000 000 000
 pečiatka firmy

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia (meno čitateľne) _____, svojím podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených údajov a v mene poisťovateľa uzatváram poistnú zmluvu.

Súčasťou poistnej zmluvy sú priložené dodatky: menný zoznam osobitné zmluvné dojednania iné: _____

Záznamy poisťovateľa