

POISTNÁ ZMLUVA PRE SKUPINOVÉ POISTENIE



KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group

Štefánikova 17, 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

333

Variabilný symbol

1 193489

POISTNÍK	Príezvisko, meno, titul / názov firmy <u>OBEC ZAVADKA - HS</u>			
	Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / sídlo <u>Oca č. 192 ZAVADKA</u>		PSC <u>05333</u>	Kontaktný telefón <u>053/449418</u>
	Korešpondenčná adresa (ulica, číslo domu, mesto), ak je iná ako adresa trvalého bydliska		PSC	Telefón do práce
	Dátum narodenia	Rodné číslo / IČO <u>99339194</u>	Štatutárny zástupca <u>VLADIMÍR KISAŇK</u>	Štátna príslušnosť <u>SK</u>

POISTENÍ	<input checked="" type="checkbox"/> menný zoznam poistených	<input type="checkbox"/> nemenované 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 <u>01/10/2012</u>	Koniec poistenia <u>31/09/2013</u>	Doba poistenia <input checked="" type="checkbox"/> určitá <input type="checkbox"/> neurčitá	Interval platenia (poistné obdobie) <input checked="" type="checkbox"/> ročne <input type="checkbox"/> polročne <input type="checkbox"/> štvrťročne <input type="checkbox"/> mesačne <input type="checkbox"/> jednorazovo
	Spôsob platenia <input checked="" type="checkbox"/> prevodom z účtu OPU č.: _____ <input type="checkbox"/> prevodom z účtu č.: _____ <input type="checkbox"/> poštový peňažný poukaz <input type="checkbox"/> 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 poistnomatematických zásad. V prípade neurčenia sa zachováva výška poistného. Žiadam zachovať (vyberte jednu z možností): <input type="checkbox"/> výšku poistného <input type="checkbox"/> výšku poistnej sumy			

ÚRAZOVÉ POISTENIE	Prevažujúca: <input type="checkbox"/> športová činnosť <input checked="" type="checkbox"/> pracovná činnosť <u>A</u>	Riziková skupina <input type="checkbox"/>	Poistná suma	Poistné za skupinu
	<input type="checkbox"/> Smrť následkom úrazu	SNU	<u>1</u> EUR	
	<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu	TNU	<u>132776</u> EUR	
	<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	EUR	
	<input type="checkbox"/> Hospitalizácia následkom úrazu	UH	EUR	
	<input type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia následkom úrazu	ČNL	<u>132776</u> EUR	
Počet osôb <u>10</u>	<input type="checkbox"/> Iné	EUR		
			Ročné / Jednorazové poistné za skupinu	<u>1320</u>

ÚRAZOVÉ POISTENIE	Prevažujúca: <input type="checkbox"/> športová činnosť <input type="checkbox"/> pracovná činnosť	Riziková skupina <input type="checkbox"/>	Poistná suma	Poistné za skupinu
	<input type="checkbox"/> Smrť následkom úrazu	SNU	EUR	
	<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu	TNU	EUR	
	<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	EUR	
	<input type="checkbox"/> Hospitalizácia následkom úrazu	UH	EUR	
	<input type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	EUR	
Počet osôb <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Iné	EUR		
			Ročné / Jednorazové poistné za skupinu	

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina: Smrť následkom úrazu **SNU** EUR
 Trvalé následky úrazu **TNU** EUR
 Trvalé následky úrazu s progresívnym pínením **TNUP** EUR
 Hospitalizácia následkom úrazu **UH** EUR
 Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu **ČNL** EUR
 Iné EUR

Počet osôb:

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina: Smrť následkom úrazu **SNU** EUR
 Trvalé následky úrazu **TNU** EUR
 Trvalé následky úrazu s progresívnym pínením **TNUP** EUR
 Hospitalizácia následkom úrazu **UH** EUR
 Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu **ČNL** EUR
 Iné EUR

Počet osôb:

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu

POISTNÉ Lehotné Ročné / Jednorazové poistné za zmluvu

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 uvedli 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 spomocňuje zástupcu poisťovateľa na právne úkony súvisiace s vyhotovením lekárskeho výpisov zo zdravotnej dokumentácie alebo k ich započítaniu za účelom vykonania prípadných zmien zo strany poisťovateľa a tiež k posúdeniu poistnej udalosti. Zároveň zbraňuje mičanivnosti 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 dojednaniami dojednaného poistenia. Všeobecné poistné podmienky a Zmluvné dojednanie tvoria neoddeliteľnú súčasť poistnej zmluvy.

Poisťovateľ bude údaje dotknutých osôb (poistník, poistený, oprávnené osoby) zisťovať a spracovávať 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 dojednaniami, 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 nahliadať formou originálneho potvrdenia banke účtu iný. V prípade zneužitia účtu alebo neoznámenej zmeny účtu nenesie poisťovateľ zodpovednosť za prípadnú vzniknutú škodu.

Každé zo zmluvných strán má za poistnú zmluvu vypovedať do 2 mesiacov od jej uzavretia, výpovedná lehota je 8 dní. Jej uplynutím poistná zmluva zanikne.



Hovad
(štátny právny zástupcu)

3L 44/16/13
totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP



V dňa *20.09.2012*

Podpisari sprostredkovateľa poistenia (meno čitateľne) ,svojím podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených údajov a v mene poisťiteľa uzatváram poistnú zmluvu.

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

Záznamy poisťovateľa