

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. 3345/B (ďalej len „poistovňa“)

číslo návrhu 4801 4802 4805 4809  
poistnej zmluvy 4801900393

ziskateľské číslo sprostredkovateľa 822

POISTNIK

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

Obec Kysak

Muž  Žena

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

obecný úrad č. 146

PŠČ

0 4 4 8 1

Mobilný telefón/Tel. kontakt

Korešpondenčná adresa (ulica, číslo domu, mesto), ak je iná, ako adresa trvalého bydliska

PŠČ

\_\_\_\_\_

Priemerný čistý mesačný príjem

EUR

Dátum narodenia

Rodné číslo /  IČO

Miesto narodenia

Štátna príslušnosť

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_.

0 0 3 2 4 4 0 0

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa)

Ing. Ľubomír Krajňák - starosta

Zamestnanie - druh, funkcia, povolanie, typ pracovnej činnosti

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 (uved'te len v prípade, ak ste označili bod 3.)

% z poist. plnenia

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Začiatok poistenia

1 3 1 0 2 0 1 6

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_. h

Koniec poistenia

3 1 0 8 2 0 1 7

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_. 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

štvrťročne

mesačne

jednorazovo

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

\_\_\_\_\_

ĎALŠIE DOJEDNANIA

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca:  športová činnosť  pracovná činnosť

Riziková skupina

Riziková skupina	Opis	Skratka	Poistná suma	Poistné za skupinu
<input type="checkbox"/>	Smrť následkom úrazu	SNU	EUR	EUR
<input checked="" type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu	TNU	1327,76 EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Hospitalizácia následkom úrazu	UH	EUR	EUR
<input checked="" type="checkbox"/>	Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	1327,76 EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Iné		EUR	EUR

Počet osôb: 50

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu: 116,00 EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca:  športová činnosť  pracovná činnosť

Riziková skupina

Riziková skupina	Opis	Skratka	Poistná suma	Poistné za skupinu
<input type="checkbox"/>	Smrť následkom úrazu	SNU	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu	TNU	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Hospitalizácia následkom úrazu	UH	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Iné		EUR	EUR

Počet osôb:

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu: EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca:  športová činnosť  pracovná činnosť

Riziková skupina

Riziková skupina	Opis	Skratka	Poistná suma	Poistné za skupinu
<input type="checkbox"/>	Smrť následkom úrazu	SNU	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu	TNU	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Hospitalizácia následkom úrazu	UH	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Iné		EUR	EUR

Počet osôb:

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu: EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca:  športová činnosť  pracovná činnosť

Riziková skupina

Riziková skupina	Opis	Skratka	Poistná suma	Poistné za skupinu
<input type="checkbox"/>	Smrť následkom úrazu	SNU	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu	TNU	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Hospitalizácia následkom úrazu	UH	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Iné		EUR	EUR

Počet osôb:

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu: EUR

## Záverčné ustanovenia

Poistník a poistený prehlasujú, že všetky jeho odpovede na písomné otázky poisťovateľa 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 poisťovateľ zisťoval a preveroval jeho zdravotný stav vo všetkých zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť a u všetkých lekárov. Tiež splnomocňuje 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 mlčanlivosti voči poisťovateľovi 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 poistného sú jeho vlastníctvom a poistnú zmluvu uzatvára na vlastný účet.

Poisťovateľ a poisťník 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 poisťník povinný túto zmenu písomne oznámiť poisťovateľovi, prípadne nahlásiť formou originálneho potvrdenia banky účet iný. V prípade zneužitia účtu alebo neoznámenej zmeny účtu nenesie poisťovateľ zodpovednosť za prípadnú vzniknutú škodu.

Pre toto poistenie platia príslušné ustanovenia Občianskeho zákonníka, Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie (VPP 1000-4), ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou poistnej zmluvy.

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

Poistník svojím podpisom potvrdzuje, že s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poistnej zmluvy bol písomne oboznámený s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatvárajúcej poistnej zmluvy prostredníctvom Formulára o dôležitých zmluvných podmienkach uzatvárajúcej poistnej zmluvy, ktorý prevzal. A zároveň potvrdzuje, že pred uzavretím poistnej zmluvy bol oboznámený so znením vyššie uvedených všeobecných poistných podmienok patriacich k tomuto poisteniu, ktoré následne aj prevzal v písomnej podobe.

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, poistných produktoch a poskytovaných online službách a pod.) po dobu trvania poistného vzťahu:  ÁNO /  NIE. Poisťovňa informuje poisťníka, že jeho osobné údaje spracúva podľa § 10 zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v spojení s § 78 zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Poistník v súlade s § 12 ods. 2 zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov 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.kpas.sk](http://www.kpas.sk)), iným oprávneným 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.



podpis poisťníka

ING. KYBOMÍR KRAJNÁK  
OP: E/004718

totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP



pečiatka firmy

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

v

Kysaku

dňa

1 | 3 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 6

\_\_\_\_\_ , svojim podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených údajov a v mene poisťovateľa uzatváram poistnú zmluvu.

**KOMUNÁLNA POISŤOVŇA**

VIENNA INSURANCE GROUP

KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s.

Vienna Insurance Group sprostredkovateľ poistenia

Štefánikova 17, 811 05 Bratislava  
IČO: 31 595 545, IČ DPH: SK7020000746 (198)