



VIENNA INSURANCE GROUP  
 KOOPERATIVA poisťovňa, a.s.  
 Vienna Insurance Group  
 Štefánikova 4, 816 23 Bratislava 1  
 IČO: 02 585 441, DIČ: SK20527330, V DPH: SK7020000746  
 Spoločnosť je členom skupiny pre DPH  
 Registrácia: Úradný register Obch. kód BA E, vzo. - Sa, vložka 7949

Číslo návrhu <b>9489000398</b>		Číslo poisťnej zmluvy	
Získateľ 1	Podiel	Získateľ 2	Podiel
E-mail získateľa		Telefón získateľa	



**NÁVRH POISŤNEJ ZMLUVY PRE ÚRAZOVÉ POISŤENIE  
 - PRODUKT**

U7    U8    U17    U18

**A. POISŤNÍK / POISŤENÝ (ak nie je poisťená iná osoba)**

Priezvisko / Názov firmy <b>EVC KUCIŠKOVÁ</b>		Meno, titul		Rodné číslo / IČO <b>31780873</b>		
Číslo OP	Povolanie - oblasť podnikania (špecifikovať - zamestnaný, nezamestnaný, SZČO)		Stav	Štát	Štát. prísl.	
Miesto narodenia			Priemerný čistý mesačný príjem			
Adresa trvalého bydliska - ulica, číslo <b>U. KUCIŠKOVÁ</b>		PSC	Miesto - dodacia pošta <b>BRATISLAVA</b>			
Adresa pre korešpondenciu - ulica, číslo		PSC	Miesto - dodacia pošta			
Názov peňažného ústavu	Číslo účtu v tvare IBAN					
Mobilný telefón/telefonický kontakt			E-mail			

**B. POISŤENÝ (ak je iný ako poisťník)**

Priezvisko		Meno, titul		Rodné číslo		
Číslo OP	Povolanie - oblasť podnikania (špecifikovať - zamestnaný, nezamestnaný, SZČO)		Stav	Štát	Štát. prísl.	
Miesto narodenia			Priemerný čistý mesačný príjem			
Adresa trvalého bydliska - ulica, číslo		PSC	Miesto - dodacia pošta			
Mobilný telefón/telefonický kontakt			E-mail			

**C. OBSAH POISŤENIA**

Začiatok poisťovania <b>5.8.2019</b>	Koniec poisťovania, koniec platenia poisťného <b>9.8.2019</b>
Poistená činnosť <input checked="" type="checkbox"/> všetky činnosti zaradené do rizikovej skupiny 1 až <b>24 DETI</b> <input type="checkbox"/> pracovná činnosť <input type="checkbox"/> mimopracovná činnosť	
v rizikovej skupine _____ v rozsahu _____ hod./ _____	
V prípade skupinového úrazového poisťovania (U8, U18), je potrebné priložiť k návrhu predmetnej poisťnej zmluvy aktuálny zoznam poisťených osôb.	

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
<input type="checkbox"/> Smrť následkom úrazu				V prípade označenia inej ako ročnej platby poistného poistník súhlasí s tým, že poistné za celé poistné obdobie bude splatné v príslušnom počte splátok. Pri ročnej platbe poistného je poistné splatné v prvý deň poistného obdobia. V prípade splatnosti poistného za celé poistné obdobie v splátkach sú jednotlivé splátky poistného splatné v prvý deň každého zvoleného obdobia, pričom prvým dňom sa rozumie deň, ktorého číselné označenie je zhodné so začiatkom poistného obdobia.
<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu				
<input checked="" type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia úrazu alebo:	3.000,-			
<input type="checkbox"/> Denné odškodné za čas pracovnej neschopnosti v dôsledku úrazu alebo				
<input type="checkbox"/> Denné odškodné za pobyt v nemocnici v dôsledku úrazu				
<input type="checkbox"/> Invalidita násl. úrazu s výplatom dôchodku alebo				Druh platby: <input type="checkbox"/> IU - inkaso z účtu platiteľa <input type="checkbox"/> KN - bezhotovostne bez avíza <input type="checkbox"/> KZ - bezhotovostne s avízom <input type="checkbox"/> PZ - poštový peňažný poukaz
<input type="checkbox"/> Invalidita násl. úrazu s výplatom poistnej sumy				
Mesačné (jednorazové) poistné celkom:			JEDNORAZOVO 6,29	
Celkové lehota: poistné, resp. jednorazové poistné			T. JAN	Variabilný bonus  z mesačnej sádzby za hlavné riziko
po zľave ..... % za počet poistených osôb (len pre U8, U18),				Od začiatku tohto poistenia sa ruší poistná zmluva číslo:
po zľave ..... % za spôsob platenia poistného (len pre U7, U8),				
po zľave ..... % za vek poisteného:				

**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, Všeobecných poistných podmienok pre úrazové poistenie č. 808 a zmluvné dojednania 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 osemdeňová a po jej uplynutí poistenie zanikne.

Vypĺňa poisťovňa

Návrh odoslaný dňa:	Prezentačná pečiatka	Taxoval:	Dňa:	Návrh prijatý dňa:
		Oceňoval:	Dňa:	

Nevybelené plochy vyplňuje poisťovňa!

## PREHLÁSENIE POISTNÍKA

1. Poistník svojím podpisom prehlasuje, že:
- a) bol s dostatočným časovým predstihom pred uzatvorením poistnej zmluvy písomne oboznámený s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatváraného poistenia prostredníctvom Informačného dokumentu o poistnom produkte a Formuláru o dôležitých podmienkach uzatváraní poistnej zmluvy;
  - b) bol oboznámený so znením všeobecných poistných podmienok poistenia (ďalej len "VPP"), Osobitnými poistnými podmienkami (ďalej len "OPP"), Zmluvnými dojednaniami (ďalej len "ZD"), Osobitnými zmluvnými dojednaniami (ďalej len "OZD"), ktoré sa vzťahujú na poistenie dojednané touto poistnou zmluvou (ďalej spolu aj ako "Poistné podmienky") 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.koop.sk](http://www.koop.sk) vo formáte pdf, s možnosťou jeho následného stiahnutia alebo tlače;
  - c) 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;
  - d) 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 prehlasuje, že má oprávnenie poskytnúť poisťovni osobné údaje poisteného 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, 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: \_\_\_\_\_

28. 2019.

Dátum uzavretia poistenia

Podpis poistníka

Záznamy o dojednanií poistenia:

P.č.	Priezvisko	Meno, titul	Obec	Ulica, č.domu	narod.	nar.
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						