

Zodpovedajúce okienka označte krížikom, údaje vyplňte paličkovým písmom.

Číslo návrhu 8 1 0 0 0 1 0 6 1 6	<input checked="" type="checkbox"/> Nová poistná zmluva	Nákladové číslo
<input type="checkbox"/> Zmena exist. zmluvy	Získateľské číslo 7 9 9 4 0 3 7 8	

POISTNÍK/platiteľ poistného Je poistník súčasne poistenou osobou P1? áno nie Ak áno, vyplňte len údaje pre P1

Priezvisko, meno, titul/názov ¹ Obec Zemplínska Teplica	RČ/IČO ¹ 00332194	Štát.prísl. SR	Kat.kl.
Meno a funkcia osoby konajúcej v mene spoločnosti Mgr. Jozefína Uhal'ová			
Trvalý pobyt/ulica, č.d. Okružná 340/2	PSČ 076 64	Miesto/štát Zemplínska Teplica	
Korešp.adr v SR/ulica, č.d.	PSČ	Miesto	
Typ preuk.totož.	Číslo	Dát.vydania	Vydal orgán/štát
Tel.číslo	E-mail	Dátum narodenia	

¹ Ak je poistníkom právnická osoba uveďte jej IČO, názov a meno, funkciu, preukaz totožnosti osoby konajúcej v mene spoločnosti

PRVÁ POISTENÁ OSOBA údaje o preukaze totožnosti (označené hviezdíčkou) vyplňte len ak je poistená osoba P1 zároveň poistníkom

Priezvisko, meno, titul	RČ	Štát.prísl.	Kat.kl.
Trvalý pobyt/ulica, č.d.	PSČ	Miesto/štát	
Korešp.adr v SR/ulica, č.d.	PSČ	Miesto	
Tel.číslo	E-mail	Riz. činnosť ²	
Typ preuk.totož.*	Číslo*	Dát.vydania*	Vydal orgán/štát*
Súčasnú zamestnanie	Kód zamest.	Nebezpeč. skup.	
Záujmová činnosť/šport (navštevuje šport.triedu: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie; registrácia v šport.klube: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie; súťaží pravidelne: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie)			

DRUHÁ POISTENÁ OSOBA (vyplňte v prípade rodinného poistenia)

Priezvisko, meno, titul	RČ	Štát.prísl.	Kat.kl.
Trvalý pobyt/ulica, č.d.	PSČ	Miesto	
Tel.číslo	E-mail	Riz. činnosť ²	
Súčasnú zamestnanie	Kód zamest.	Nebezpeč. skup.	
Záujmová činnosť/šport (registrácia v šport.klube: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie; súťaží pravidelne: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie)			

SPOLUPOISTENÉ DETI (vyplňte v prípade rodinného poistenia)

Priezvisko, meno	RČ	Riz. činnosť ²	Kód zamest. 388	Nebezpeč. skup. dieťa
Záujmová činnosť/šport (navštevuje šport.triedu: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie; registrácia v šport.klube: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie; súťaží pravidelne: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie)				
Priezvisko, meno	RČ	Riz. činnosť ²		
Záujmová činnosť/šport (navštevuje šport.triedu: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie; registrácia v šport.klube: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie; súťaží pravidelne: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie)				

² Riziková činnosť (napr. silné žiarenie, výbušniny, potápanie, rýchlostné preteky, súkromné a športové lety, parašutizmus, paragliding, rogallo, bungee-jumping, extrémne športy, účasť na športových súťažiach a pod.)

POISTENÁ SKUPINA (vyplňte v prípade skupinového úrazového poistenia)

Počet osôb : 47	<input checked="" type="checkbox"/> Bez uvedenia mien	<input type="checkbox"/> S uvedením mien (zoznam poistených musí byť priložený k návrhu PZ)
Počet osôb celkom ³ : 47	<input checked="" type="checkbox"/> Pre určitú skupinu	<input type="checkbox"/> Pre všetkých zamestnancov / členov definovanej skupiny
Číslo ostatných návrhov:		
Presné označenie vykonávanej činnosti (prac. zaradenie) / činnosti spolku (druh športu) / poistenej činnosti alebo podujatia materská škola		

³ Počet osôb zo všetkých návrhov poistníka

Získateľ (priezvisko, meno) IHF Consulting, s.r.o., K.Bačová	Číslo získateľa, MA 79940378, 108906	Kontakt na získateľa (tel. číslo, e-mail, fax) 0907475099, katarina.bacova@ihf.sk
--	--	---

UNIQA poisťovňa, a.s., Lazaretská 15, 820 07 Bratislava 27, Slovenská republika

 Telefonický kontakt: 0850 111 400, Web: http://www.uniqa.sk, E-mail: poisťovna@uniqa.sk, účtu(platba poistného) 2626005144/1100
 IČO: 00 653 501, DIČ: 2021096242, IČ DPH: SK7020000229, Obchodný register, Okresného súdu Bratislava I, Oddiel: Sa, vložka číslo: 843/B

ÚDAJE O POISTENÍ

Platenie poistného

Spôsob platenia: Trvalý príkaz Inkaso Príkaz na úhradu Pošt.poukážka Číslo účtu/kód banky (poistníka): /

Prvé poistné zaplatené: Pri prevzatí návrhu PZ Po doručení poistky

Periodicita platenia: Ročne Polročne Štvrťročne Jednorazovo

Číslo návrhu

8100010616

Doba trvania poistenia

Začiatok poistenia⁴ / účinnosť zmeny poistenia⁵: **01.01.2016** Poistná doba⁶: _____ rokov _____ dni Neurčito

Koniec poistenia sa určuje z poistnej doby. Pokiaľ je poistná doba určená v celých rokoch, deň a mesiac dátumu konca poistenia sa zhoduje s dňom a mesiacom začiatku poistenia a rok konca poistenia je daný súčtom roku začiatku poistenia a poistnej doby. Trvanie krátkodobého poistenia vyplýva z poistnej doby, pričom začiatok poistenia je prvým dňom poistnej doby. Poistnú dobu „neurčito“ je možné dojednať v dlhodobom skupinovom úrazovom poistení.

⁴ V prípade, ak v návrhu PZ nie je uvedený začiatok poistenia, alebo ak je tento dátum zhodný s dátumom prevzatia návrhu alebo tomuto dátumu predchádza, za začiatok poistenia sa považuje nultá hodina dňa nasledujúceho po dni prevzatia návrhu poistiteľom.

⁵ V prípade navrhovanej zmeny poistenia poistník žiada, aby sa zmena poistenia vykonala k dátumu účinnosti zmeny poistenia, resp. k dátumu doručenia žiadosti o zmenu poistenia, ak dátum účinnosti zmeny nie je v návrhu uvedený. Ak nie je možné vykonať zmenu k tomuto dátumu, poistník žiada, aby sa zmena vykonala k najbližšiemu možnému dátumu nasledujúcemu po dátume účinnosti zmeny poistenia, resp. po dátume doručenia žiadosti o zmenu poistenia.

⁶ Poistná doba sa dojednáva na počet dní pri krátkodobom skupinovom ÚP a na počet rokov alebo na neurčito pri dlhodobom skupinovom ÚP

Typ poistenia (označte vždy len jednu možnosť)

1. Individuálne úrazové poistenie pre

Dospelých (24-h. krytie) Dospelých (pracovný čas) Seniorov (24-h. krytie) Deti a mládež (24-h. krytie)

Rodinné 100/75/50 (24-h. krytie) Rodinné 100/50/25 (24-h. krytie)

2. Skupinové úrazové poistenie pre

Dospelých (24-h. krytie) Dospelých (pracovný čas) Spolky a záujmové združenia Deti a mládež (24-h. krytie)

Deti v MŠ, žiakov ZŠ a SŠ

3. Krátkodobé skupinové úrazové poistenie pre

Dospelých (24-h. krytie) Dospelých (vymedzený čas) Deti a mládež (24-h. krytie) Deti v MŠ, žiakov ZŠ a SŠ

Poistné sumy pre poistenú skupinu S1: Pevné poistné sumy

- násobok hrubého ročného príjmu poistených (pre trvalé následky úrazu a smrť úrazom) _____ EUR Výška celkového hrubého ročného príjmu poistených

Tarifná: **R S 3 3** Indexácia poistenia (každoročná úprava poistného a poistných súm v zmysle poistných podmienok)

Poistné sumy a poistné pre poistenú osobu P1, S1

Kód	Názov poistenia	Poistná suma (EUR)	Riziková prirážka	Poistné (EUR)
800	Trvalé následky úrazu typ progresie ⁷ : <input checked="" type="checkbox"/> bez <input type="checkbox"/> 350 % <input type="checkbox"/> 500 %	5 000,-		1,00
810	Smrť úrazom			
821	Denné odškodné s plnením od ⁷ : <input type="checkbox"/> 1.dňa <input checked="" type="checkbox"/> 10.dňa	1,-/deň		0,56
830	Nemocničné odškodné	/deň		
840	Bolestné ⁸			
850	Úrazové náklady			
861	Euroochrana ⁸			
870	U-plus servis ^{9,10}	/deň		
871	Zlomeniny kostí u detí ^{9,11}			
881	Drobné úrazy ^{8,9}			
890	Zachraňovacie náklady ⁸			
900	Čas nevyhnutného liečenia			
910	Kozmetické operácie			
Celkové ročné tarifné poistné pre 1 osobu/rodinu:				1,56
Celkové ročné tarifné poistné (vrátane všetkých zliav a prirážok pre všetky poistené osoby):				58,75
Bežné alebo jednorazové poistné (za príslušné obdobie):				58,75

⁷ ak nie je označená žiadna z možností, považuje sa požadované: "bez progresie" (Trvalé následky úrazu), resp. "plnenie od 10. dňa" (Denné odškodné);

⁸ uvedené poistenie je dojednávané, iba ak je preň uvedené ročné tarifné poistné a toto je započítané do bežného alebo jednorazového poistného;

⁹ výška a/alebo nárok na poistné plnenie sú uvedené v Zmluvných dojednaniach pre úrazové poistenie (ZD ÚP).

¹⁰ vzťahuje sa na poistenú osobu P1-P4.

¹¹ vzťahuje sa na poistené osoby P1, P3 - P4.

Ďalšie dojednania

Číslo návrhu

8100010616

VYHLÁSENIA POISTNÍKA A POISTENÉHO

Vyhlasenie poistníka:

Poistený svojím podpisom potvrdzuje, že spĺňa všetky podmienky poistiteľnosti v zmysle Všeobecných poistných podmienok pre úrazové poistenie – 2014.

Poistník/poistený svojím podpisom potvrdzuje, že všetkým otázkam v tomto návrhu PZ porozumel a zodpovedal ich pravdivo a úplne. Poistník/poistený súhlasí s postúpením údajov na zaistovacie spoločnosti. V prípade, ak pri jednotlivých otázkach, resp. údajoch s možnosťou voľby „áno“ alebo „nie“, nie je vyplnená kolónka „áno“ a zároveň nie je vyplnená kolónka „nie“, platí ako odpoveď „nie“.

Poistník udeľuje svojím podpisom súhlas v zmysle § 11 zákona č. 122/2013 Z.z. na spracúvanie ostatných osobných údajov uvedených v poistnej zmluve a v informačných systémoch poistiteľa, a to na účel a počas doby poskytovania poistenia a činností s tým súvisiacich, a to až do vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy. Počas tejto doby nie je možné udelený súhlas účinne odvolať. Zároveň súhlasí s poskytnutím osobných údajov iným subjektom, ktoré sú súčasťou finančnej skupiny UNIQA Group, vrátane cezhraničného prenosu do krajín EU, ako aj do tretích krajín neposkytujúcich primeranú úroveň ochrany osobných údajov, a to výlučne za účelom výkonu poisťovacej činnosti.

Poistník týmto neodvolateľne záväzne vyhlasuje, že peňažné prostriedky použité na platenie poistného z tejto poistnej zmluvy sú jeho vlastníctvom a uzavretie tejto zmluvy vykonáva na vlastný účet. V prípade uzavretia zmluvy na cudzí účet alebo použitia prostriedkov inej osoby sa poistník zaväzuje poistiteľovi predložiť zákonom požadované doklady preukazujúce písomný súhlas tejto osoby.

Poistník svojím podpisom potvrdzuje, že súhlasí s prípadnou úpravou výšky bežného alebo jednorazového poistného, resp. poistnej sumy, v dôsledku elektronického spracovania dát maximálne o 1 % a s úpravou rozsahu poistenia, resp. výšky poistnej sumy alebo poistného uvedeného v tomto návrhu poistnej zmluvy v dôsledku ocenenia rizík bez toho, aby túto úpravu poistiteľ s ním prejednal. Poistka zaslaná poistníkovi s takto upraveným rozsahom poistenia sa nepovažuje za protinávrh poistiteľa.

Poistník/poistený svojím podpisom potvrdzuje, že pred podpisom tohto návrhu bol podrobne oboznámený s písomnými vyhotoveniami všeobecných poistných podmienok, zmluvných podmienok, oceňovacích tabuliek a formulára o podmienkach uzavretia poistnej zmluvy podľa vzoru ustanoveného NBS (ďalej len „podmienky“), ktorými sa poistenie dojednané podľa tohto návrhu riadi a súhlasí s nimi. Svojím podpisom potvrdzuje pravdivosť všetkých údajov uvedených v návrhu a žiada o uzatvorenie/zmenu poistenia v rozsahu tohto návrhu. Zároveň potvrdzuje v čase pred podpisom návrhu PZ prevzatie písomných podmienok alebo ich prevzatie elektronickou poštou. Berie na vedomie, že podmienky v písomnej forme sú k dispozícii na verejne dostupnej internetovej stránke poisťovateľa www.uniq.sk, ako aj na pobočkách, resp. obchodných miestach poistiteľa. Podmienky sú neoddeliteľnou súčasťou PZ.

Poistený súhlasí, aby poistiteľ podľa potreby zisťoval jeho zdravotný stav, ako aj ďalšie informácie potrebné pre určenie podmienok pre uzavretie, zmenu alebo pokračovanie poistnej zmluvy, ako aj na určenie nárokov vyplývajúcich z poistnej zmluvy. Zároveň splnomocňuje poistiteľa k jednaniu s príslušnými inštitúciami (lekári, nemocnice, iné zdravotnícke zariadenia a pod.) a v prípade potreby zbavuje tieto inštitúcie povinnosti zachovávať mlčanlivosť.

Poistník svojím podpisom potvrdzuje, že ak sa počas trvania poistenia stane politicky exponovanou osobou, neodkladne to oznámi poistiteľovi.

Na úrazové poistenie dojednané týmto návrhom sa vzťahujú

√ **Zemplínska Teplica**

dňa **30.12.2015**

roopis P1, P2, P3, P4
resp. jeho/ich zákonného zástupcu*

* za poisťované nepinoleté deti podpisuje návrh PZ vždy ich zákonný zástupca

VYHLÁSENIE POISTITEĽA

Potvrdzujem prevzatie tohto návrhu na uzavretie (zmenu) poistnej zmluvy menom UNIQA poisťovne, a.s.. Poistná zmluva vznikne (zmení sa) doručením oznámenia o prijatí návrhu poistiteľom klientovi v lehote 2 mesiacov odo dňa prevzatia návrhu. Svojím podpisom prehlasujem, že som prevzal návrh poistnej zmluvy a vykonal identifikáciu a overenie identifikácie klienta v zmysle § 7 a 8 zákona č. 297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu, a to overením totožnosti poistníka na základe preukazu totožnosti (OP, cestovný pas, iné). Poistiteľ je oprávnený na základe § 10 ods. 2 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov spracúvať osobné údaje stanovené osobitným zákonom o poisťovníctve.

√ **Zemplínska Teplica**

dňa **30.12.2015**

Za poistiteľa návrh prevzal a totožnosť poistníka ** overil

ver. 4.2.2

** poistiteľ je povinný pri uzatváraní PZ požadovať preukázanie totožnosti poistníka a poistník je povinný takejto žiadosti vyhovieť.