



Oblasť **30000**

Číslo návrhu

4319023256

☒ Nová poistná zmluva

☐ Zmena existujúcej zmluvy

Nákladové číslo

Získateľské číslo

79920500

POISTNÍK

Je poistník súčasne poistenou osobou P1? ☐ Áno ☐ Nie

Ak je poistník súčasne poistený, uveďte jeho osobné údaje len v časti pre poistenú osobu P1.

Priezvisko, meno, titul / Názov právnickej osoby *

OBECNÝ ÚRAD LOMNÁ

Tel. číslo / mobil

04315572212

Kategória klienta

Rodné číslo / IČO *

Adresa trvalého pobytu / Ulica, číslo domu

Lomná č. 22

PSČ

02954

Miesto

LOMNÁ

Preukaz totožnosti (OP, CP, iné) / Štátna príslušnosť

Korrespondenčná adresa / Ulica, číslo domu

PSČ

Miesto

E-mail

PLATENIE POISTNÉHO

Spôsob platenia ☐ Trvalým príkazom ☐ Inkasom z účtu ☒ Príkazom na úhradu ☐ Poštovou poukážkou
Frekvencia platenia ☐ Ročne** ☐ Polročne** ☐ Štvrťročne** ☒ Jednorazovo

Prvé poistné zaplatené ☐ Pri prevzatí návrhu PZ ☐ Po doručení poisťky

Číslo účtu

4002916002

Kód banky

5600

*Vypísať sa v prípade, ak je poistníkom právnická osoba

**Frekvencia platenia je zhodná s poistným obdobím

DOBA TRVANIA POISTENIA

Začiatok poistenia

Účinnosť zmeny poistenia

15.10.2011

Poistná doba

| rok

Počet dní

(pri krátkodobom SÚP)

| 5 dní

☐ Neurčito (pri dlhodobom SÚP)

¹⁾ 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 poistiteľa.

²⁾ 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 nasledujúceho po dátume účinnosti zmeny poistenia, resp. po dátume doručenia žiadosti o zmenu poistenia.

Učinnosť 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.

Tarifná **R 401**

☐ Indexácia poistenia (každoročná úprava poistného a poistných súm v zmysle poistných podmienok)

P1 PRVÁ POISTENÁ OSOBA

Priezvisko, meno, titul

☐ Muž ☐ Žena

Rodné číslo

Št. príslušnosť

Preukaz totožnosti (OP, CP, iné) č.

Adresa trvalého pobytu / Ulica, číslo domu

PSČ

Miesto

Tel. číslo/mobil

Korrespondenčná adresa / Ulica, číslo domu

PSČ

Miesto

E-mail

Súčasný zamestnanie

Kód zamestnania

Nebezpečná skupina

Zaujímavá činnosť / šport (registrácia v šport. klube/úroveň súťaží) ☐ pravidelne ☐ nepravidelne

P2 DRUHÁ POISTENÁ OSOBA (vypísať v prípade rodinného poistenia)

Je adresa trvalého pobytu P2 zhodná s adresou trvalého pobytu P1? ☐ Áno ☐ Nie (Ak áno, tak nie je potrebné vyplniť adresu aj pre P2)

Priezvisko, meno, titul

☐ Muž ☐ Žena

Rodné číslo

Št. príslušnosť

Preukaz totožnosti (OP, CP, iné) č.

Adresa trvalého pobytu / Ulica, číslo domu

PSČ

Miesto

Tel. číslo/mobil

Súčasný zamestnanie

Kód zamestnania

Nebezpečná skupina

Zaujímavá činnosť / šport (registrácia v šport. klube/úroveň súťaží) ☐ pravidelne ☐ nepravidelne

Smlupoistené deti (vypísať v prípade rodinného poistenia)

Kód zamestnania

Nebezpečná skupina

Zaujímavá činnosť / šport (registrácia v šport. klube/úroveň súťaží) ☐ pravidelne ☐ nepravidelne

P3 Priezvisko, meno, titul

Rodné číslo

P4 Priezvisko, meno, titul

Rodné číslo

P5 Priezvisko, meno, titul

Rodné číslo

P6 Priezvisko, meno, titul

Rodné číslo

P7 je možné poistiť, pokiaľ nie je vyplnená P2

P7 Priezvisko, meno, titul

Rodné číslo

S1 POISTENÁ SKUPINA (vypísať v prípade skupinového úrazového poistenia)

Počet osôb

2

Počet osôb celkom zo všetkých návrhov poistníka

14

Číslo ostatných návrhov

4319023257

☐ Bez uvedenia mien

☒ S uvedením mien (zoznam poistených musí byť priložený k návrhu PZ)

☐ Pre všetkých zamestnancov/členov definovanej skupiny

☐ Pre určitú skupinu

Presné označenie vykonávanej činnosti (prac. zaradenie)/ činnosti spolku (druh športu)/ poistenej činnosti alebo podujatia

EKOTÁBOR

Získateľ (priezvisko, meno)

LEPTER FINANCE

Číslo získateľa

Kontakt na získateľa (tel. číslo, e-mail, fax)

0915 740216

VŠEOBECNÉ ÚDAJE

Oprávnená osoba pre prípad smrti úrazom P1

Neurčujem ☐ Oprávnená osoba (ďalej "OO") sa určuje buď vzťahom k poistenému, alebo menom a rodným číslom (ďalej "r.č."). V prípade, že OO je určená súčasne menom a r.č. a aj vzťahom, považuje sa za OO tá osoba, ktorá je určená menom a r.č. V prípade, že nie je označená kolónka „neurčujem“, ani „vzťahom“ a ani „menom“, považuje sa OO za neurčenú. OO v prípade rodinného poistenia je uvedená v zmluvných dojednaniach. Ak OO nemá r.č., uveďte dátum narodenia.

Vzťahom ☐ Označte príslušný vzťah: ☐ Manžel/ka ☐ Deti ☐ Rodičia ☐ Iný vzťah (uveďte):

Číslo návrhu

4319023256

Menom	Príezvisko, meno	Rodné číslo	Podiel v %
Menom			
Menom			
Menom			

(Ak nie je uvedená %-ová výška podielu, resp. ak je súčet rôznych od 100%, tak sa poistné plnenie rozdelí rovnakým dielom medzi uvedené oprávnené osoby.)

SPOLU: 100 %

VŠEOBECNÉ OTÁZKY

Súbežné poistenia: 1. Má poistený už uzavreté životné (Ž) alebo úrazové (Ú) poistenie, príp. má podaný návrh PZ?

☐ Nie ☐ Áno pre: P ☐ Ž ☐ Ú Spoločnosť? Číslo poistky? Poistná suma? Platnosť?

2. Bola žiadosť poisteného o poistenie uvedené v bode 1 odmietnutá alebo prijatá za sťažených podmienok?

☐ Nie ☐ Áno pre: P ☐ Ž ☐ Ú Ak áno - aké poistenie? Dôvod?

☐ Nie ☐ Áno pre: P ☐ Ž ☐ Ú Ak áno - aké poistenie? Dôvod?

Rizikové činnosti: 3. Je alebo bude poistený (P1-P7) vystavený zvláštnemu riziku alebo nebezpečenstvu? (napr. silné žiarenie, výbušniny, potápanie, rýchlostné preteká, sokromné a športové lety, parašutizmus, paragliding, rogallo, bungee-jumping, extrémne športy, účasť na športových súťažiach a pod.)

☐ Nie ☐ Áno pre: P ☐ Opis rizika:

☐ Nie ☐ Áno pre: P ☐ Opis rizika:

Údaje o poistení

Typ poistenia (označte vždy len jednu možnosť)

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)

2. Skupinové úrazové poistenie pre:

☐ Dospelých (24-h. krytie) ☐ Dospelých (pracovný čas) ☐ Spolky a záujmové združenia ☐ Deti a mládež (24-h. krytie) ☐ Rodinné 100/50/25 (24-h. krytie)

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)

€ Výška celkového hrubého ročného príjmu poistených

Poistné sumy a poistné pre poistenú osobu P1, S1:

Kód / Názov poistenia	Poistná suma (€)	Ročné tarifné poistné ¹⁾ (€)	Výsledok ocenenia ⁸⁾
800 Trvalé následky úrazu s progresiou: <input checked="" type="checkbox"/> 0 % <input type="checkbox"/> 350 % <input type="checkbox"/> 500 %	3 000	6,90	Nová sadzba RP ⁶⁾
Je možné dojednať len jednu z uvedených foriem progresie. Pokiaľ nie je označená žiadna možnosť, platí progresia 0 %.	3 000	4,90	Nové ročné tarifné poistné ⁷⁾ (€)
810 Smrť úrazom			
821 Denné odškodné od 1. dňa 10. dňa /deň			
Pokiaľ nie je označená žiadna možnosť, považuje sa za požadované denné odškodné od 10. dňa.			
830 Nemocničné odškodné /deň	1 500 ²⁾		
840 Bolesť			
850 Úrazové náklady	50 000 ²⁾		
861 Euroochrana			
870 U- plus servis 20 /deň ^{3) 4)}		bonus	bonus
871 Zlomeniny kostí u detí podľa ZD Úp ^{3) 5)}		bonus	bonus
881 Drobné úrazy podľa ZD Úp ^{2) 3)}			
891 Zachraňovacie náklady 10 000 ²⁾		15,0	
900 Čas nevyhnutného liečenia			
910 Kozmetické operácie			
Celkové ročné tarifné poistné pre 1 osobu/ rodinu:		26,90	
Celkové ročné tarifné poistné (vrátane všetkých zliav a prírážok pre všetky poistené osoby):		53,40	
Bežné alebo jednorazové poistné (za príslušné obdobie):		5,34	

1) Súčin sadzby ročného poistného a poistnej sumy.

2) Uvedené poistenie je dojednávané, iba ak je preň uvedené ročné tarifné poistné a toto je započítané do bežného alebo jednorazového poistného.

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

4) Vztahuje sa na poistenú osobu P1.

5) Vztahuje sa na poistené osoby P1, P3 - P7.

6) Nová sadzba ročného poistného po ocenení.

7) Nové ročné tarifné poistné po ocenení.

8) Vyplňa pracovník oceňovania.

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK pre individuálne a rodinné úrazové poistenie (okrem R105)

	Poistená osoba P1	Poistená osoba P2	Poistená osoba P3 - P7
1. Ste v súčasnej dobe uznaný za práceneschopného (t.j. ste PN)?	Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/>
2. Poberáte invalidný dôchodok?	Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/>
3. Utrpeli ste úrazy, ktoré vám zanechali trvalé následky?	Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/>
4. Máte alebo mali ste nejaké telesné poškodenie alebo závažné choroby ako napr.: kostí, kĺbov, chrbtice (vrátane väziva a šliach), ťažké ochorenia srdca, ciev, nervového systému (napr. ochrnutia, epilepsia, mozgová cievna príhoda), psychiky, obličiek, pečene, cukrovku, rakovinu, poruchy videnia (od -9 dpt., od +5 dpt.), nedoslýchavosť, hemofiliu, HIV-infekciu a iné?	Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/>
5. Užívate alebo užívali ste pravidelne lieky, drogy alebo návykové látky?	Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/>

Číslo návrhu

4319023256

Kto je Váš ošetrojúci lekár? (meno, adresa ambulancie, tel. č.)

P1	
P2	

Údaje k bodu 1. - 5. zdravotného dotazníka, ak bola označená odpoveď "Áno". Uveďte meno poisteného; choroby, diagnózy, operácie (dátum), percento poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť (do 70 %, nad 70 %), počet dioptrií, užívané lieky, iné rozhodujúce skutočnosti.

--

Ďalšie dojednávania

--

VYHLÁSENIA POISTNÍKA A POISTENÉHO:

Poistený svojím podpisom potvrdzuje, že spĺňa všetky podmienky poistiteľnosti v zmysle Všeobecných poistných podmienok pre úrazové poistenie – 2009/1.

Poistník/poistený svojím podpisom potvrdzuje, že 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/poistený svojím podpisom potvrdzuje, že súhlasí s postúpením údajov poskytnutých poisťiteľovi pre iné poisťovacie alebo zaisťovacie spoločnosti, sprostredkovateľovi poistenia a subjektom patriacim do koncernu UNIQA (subjekty priamo, resp. nepriamo ovládané poisťiteľom a subjekty priamo, resp. nepriamo ovládajúce poisťiteľa a iné s nimi majetkovo prepojené subjekty). Poistník a poistený súhlasí s cezhraničným tokom svojich osobných údajov uvedených v tomto tlačíve do krajín, ktoré sú súčasťou Európskej únie, ako aj s ich spracovaním v informačných systémoch poisťiteľa, a to v priebehu trvania poistenia a po zániku poistenia počas doby, kedy je to nevyhnutné pre uplatňovanie práv a povinností z poistného vzťahu a v období, v ktorom je povinný poisťiteľ tieto údaje archívovať.

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 poisťiteľovi 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 táto úprava poisťiteľ s ním prejednal. Poistka zastand poistníkovi s takto upraveným rozsahom poistenia sa nepovažuje za protinávrh poisťiteľa.

Poistník/poistený svojím podpisom potvrdzuje, že bol oboznámený s príslušnými platnými všeobecnými poistnými podmienkami, poistnými podmienkami a zmluvnými dojednávami uvedenými v tomto návrhu alebo jeho dodatkoch a súhlasí s ich obsahom. Zároveň potvrdzuje, že pred podpisom návrhu poistnej zmluvy mu boli uvedené všeobecné poistné podmienky odovzdané. Poistník/poistený svojím podpisom potvrdzuje, že všetky údaje vyplnil pravdivo a úplne a súhlasí s ich postúpením na zaisťovacie spoločnosti.

Poistený súhlasí, aby poisťiteľ 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 poisťiteľa k jednaniu s príslušnými inštitúciami (lekár, nemocnice, iné zdravotnícke zariadenia a pod.) a v prípade potreby zbavuje tieto inštitúcie povinnosti zachovávať mlčanlivosť.

Poistník/poistený týmto žiada o uzavretie poistenia v rozsahu tohto návrhu PZ.

Na úrazové poistenie dojednané týmto návrhom sa vzťahujú Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie – 2009/1.

Lomnej *10.8.2011*
V dňa Podpis poisteného P1, resp. jeho zákonného zástupcu Podpis poisteného P2 - P7, resp. jeho/ich zákonného zástupcu/zástupcov*
* Za poistované nepĺnoleté 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 poisťiteľom 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/poisteného na základe preukazu totožnosti (OP, cestovný pas, iné).

Lomnej *10.8.2011*
V dňa

Za poisťiteľa návrh poistníka prevzal a totožnosť poistníka** overil

** Poistiteľ je podľa právneho poriadku SR povinný pri uzavieraní poistnej zmluvy požadovať preukázanie totožnosti poistníka a poistník je povinný takejto žiadosti vyhovieť.



PROGRAM
CEZHRANIČNEJ
SPOLUPRÁCE
SLOVENSKÁ REPUBLIKA
ČESKÁ REPUBLIKA



EURÓPSKA ÚNIA
EURÓPSKY FOND
REGIONÁLNEHO ROZVOJA
SPOLOČNE BEZ HRANÍC

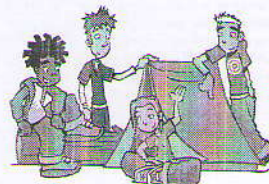
Záchrana prírodného dedičstva v česko – slovenskom prihraničí

22420220014

EKOTÁBOR

14.08.2011 - 19.08.2011

Zoznam účastníkov Ekotábora - Hruštín



<u>Meno a priezvisko</u>	<u>Dátum nar.</u>	<u>Rodné č.</u>	<u>Adresa</u>
MARTVOŇOVÁ Helena	28.7.1963	635738	
PLAVÁKOVÁ Tatiana	15.3.1988	605315	