



Oblasť 30000

Číslo návrhu

4319023257

☒ Nová poisťná zmluva

☐ Zmena existujúcej zmluvy

Nákladové číslo

Získateľské číslo 79920500

POISTNÍK

Je poisťník súčasne poistenou osobou P1? ☐ Áno ☐ Nie

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

Priezvisko, meno, titul / Názov právnickej osoby *	LOHNA	TEL. číslo / mobil	043 15 722 12	Kategória klienta	Rodné číslo / IČO *	00314633
Adresa trvalého pobytu / Ulica, číslo domu	LOHNA c. 22	PSČ	02954	Miesto	LOHNA	Preukaz totožnosti (OP, CP, iné) & Štátna príslušnosť
Korešpondenčná adresa / Ulica, číslo domu		PSČ		Miesto		E-mail

PLATENIE POISTNÉHO

Spôsob platenia	<input type="checkbox"/> Trvalým príkazom	<input type="checkbox"/> Inkasom z účtu	<input checked="" type="checkbox"/> Príkazom na úhradu	<input type="checkbox"/> Poštovou poukážkou	Prvé poisťné zaplatené	Číslo účtu	Kód banky
Frekvencia platenia	<input type="checkbox"/> Ročne	<input type="checkbox"/> Polročne	<input type="checkbox"/> Štvrťročne	<input checked="" type="checkbox"/> Jednorazovo	<input checked="" type="checkbox"/> Pri prevzatí návrhu PZ	4002916002	
				<input type="checkbox"/> Po doručení poisťky			

*Vyplní sa v prípade, ak je poisťníkom právnická osoba

** Frekvencia platenia je zhodná s poisťným obdobím

DOBA TRVANIA POISTENIA

Začiatok poistenia	1.5.2011	Poisťná doba	5 rokov	Počet dní (pri krátkodobom SÚP)	5 dní	<input type="checkbox"/> 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 poisťiteľom.

2) V prípade navrhovanej zmeny poistenia poisťník 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, poisťník žiada, aby sa zmena vykonala k najbližšiemu možnému dátumu nasledujúceho po dátume účinnosti zmeny poistenia, resp. po dátume doručenia žiadosti o zmenu poistenia.

Koniec poistenia sa určuje z poisťnej doby. Pokiaľ je poisťná 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 poisťnej doby. Trvanie krátkodobého poistenia vyplýva z poisťnej doby, pričom začiatok poistenia je prvým dňom poisťnej doby. Poisťnú dobu "neurčito" je možné dojednať v dlhodobom skupinovom úrazovom poistení.

Tarifná R237

☐ Indexácia poistenia (každoročná úprava poisťného a poisťných súm v zmysle poisťných podmienok)

P1 PRVÁ POISTENÁ OSOBA

Priezvisko, meno, titul		<input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena	Rodné číslo	Št. príslušnosť	Preukaz totožnosti (OP, CP, iné) & č.
Adresa trvalého pobytu / Ulica, číslo domu	PSČ	Miesto		Tel. číslo/mobil	
Korešpondenčná adresa / Ulica, číslo domu	PSČ	Miesto		E-mail	
Súčasný zamestnanie	Kód zamestnania	Nebezpečná skupina	Záujmová činnosť / šport (registrácia v šport. klube/úrovň s súťažou)	pravidelne	nepravidelne

P2 DRUHÁ POISTENÁ OSOBA (vyplníte 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		<input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> 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	Záujmová činnosť / šport (registrácia v šport. klube/úrovň s súťažou)	pravidelne	nepravidelne

Enulipoistené deti (vyplníte v prípade rodinného poistenia)

Kód zamest.	388	Nebezpečná skupina	Dieťa	Záujmová činnosť / šport (registrácia v šport. klube/úrovň s súťažou)	pravidelne	nepravidelne
P3 Priezvisko, meno, titul		Rodné číslo			pravidelne	nepravidelne
P4 Priezvisko, meno, titul		Rodné číslo			pravidelne	nepravidelne
P5 Priezvisko, meno, titul		Rodné číslo			pravidelne	nepravidelne
P6 Priezvisko, meno, titul		Rodné číslo			pravidelne	nepravidelne

P7 je možné poistiť, pokiaľ nie je vyplnená P2

P7 Priezvisko, meno, titul		Rodné číslo		pravidelne	nepravidelne
----------------------------	--	-------------	--	------------	--------------

S1 POISTENÁ SKUPINA (vyplníte v prípade skupinového úrazového poistenia)

Počet osôb	12	Počet osôb celkom zo všetkých návrhov poisťníka	14	Číslo ostatných návrhov	4319023256
<input type="checkbox"/> Bez uvedenia mien	<input checked="" type="checkbox"/> S uvedením mien (zoznam poistených musí byť priložený k návrhu PZ)	<input type="checkbox"/> Pre všetkých zamestnancov/členov definovanej skupiny	<input checked="" type="checkbox"/> Pre určitú skupinu		

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

EKOTASO2

Získateľ (priezvisko, meno)	LEPTER FINANCE	Číslo získateľa		Kontakt na získateľa (tel. číslo, e-mail, fax)	0915 440216
-----------------------------	----------------	-----------------	--	--	-------------

Zodpovedajúce okienka označte krížikom, údaje vyplňte poličkovým písmom

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

4319023257

Menom ☐ Priezvisko, menoMenom ☐Menom ☐Menom ☐

Rodné číslo

Podiel v %

(Ak nie je uvedená % udania 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?

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

2. Bola žiadosť poisteného o poistenie uvedenú 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, výbuštiny, potápanie, rýchlostné preteky, súkromné a športové lety, parašutizmus, paragliding, rogaľo, 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 ST:

☒ 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, ST:

Kód / Názov poistenia

Poistná suma (€)

Ročné
tarifné poistné ¹⁾ (€)Výsledok ocenenia ⁸⁾

Nová sadzba

Nové ročné

RP ⁶⁾tarifné poistné ⁷⁾ (€)800 Trvalé následky úrazu s progresiou: ☒ 0 % ☐ 350 % ☐ 500 % 3.000,- 4,50

Je možné dojednať len jednu z uvedených foriem progresie. Pokiaľ nie je označená žiadna možnosť, platí progresia 0 %.

810 Smrť úrazom 3.000,- 3,30

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

840 Bolesť 1.500 ²⁾

850 Úrazové náklady

861 Euroochrana 50.000 ²⁾870 U- plus servis 20 /deň ^{3) 4)}871 Zlomeniny kostí u detí podľa ZD ÚP ^{3) 5)}881 Drobné úrazy podľa ZD ÚP ^{2) 3)}891 Zachraňovacie náklady 10.000 ²⁾

900 Čas nevyhnutného liečenia

910 Kozmetické operácie

Celkové ročné tarifné poistné pre 1 osobu/ rodinu:

Celkové ročné tarifné poistné (vrátane všetkých zliav a prirážok pre všetky poistené osoby):

Bežné alebo jednorazové poistné (za príslušné obdobie):

14,30

194,16

19,42

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) Vzťahuje sa na poistenú osobu P1.

5) Vzťahuje 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, epilepsie, mozgová cievna príhoda), psychiky, obličiek, pečene, cukrovku, rakovinu, poruchy videnia (od -8 dpt., od +5 dpt.), nedoslýchavosť, hemofíliu, 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:

4319023257

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 dojednania

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 poistiteľovi pre iné poisťovacie alebo zaisťovacie spoločnosti, sprostredkovateľovi poistenia a subjektom patriacim do koncernu UNIQA (subjekty priamo, resp. nepriamo ovládané poistiteľom a subjekty priamo, resp. nepriamo ovládajúce poistiteľa 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 poistiteľa, 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 poistiteľ tieto údaje archívovať.

Poistník týmto neodvolateľne zaväzuje vyhlásiť, 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 spracovaním 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 bol oboznámený s príslušnými platnými všeobecnými poistnými podmienkami, poistnými podmienkami a zmluvnými dojednania 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 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 (lekár, nemocnica, iné zdravotnícke zariadenia a pod.) a v prípade potreby zbavuje tieto inštitúcie povinnosť zachovávať mlčanlivosť.

Poistník/poistený týmto žiada o uzavretie poistenia v rozsahu tohto návrhu P2.

Ná úrazové poistenie dojednané týmto návrhom sa vzťahujú Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie - 2009/1.

V Lomnej dňa 10. 8. 2011 Podpis poisteného P1, resp. jeho zákonného zástupcu [podpis] Podpis poisteného P2 - P7, resp. jeho/ich zákonného zástupcu/zástupcov* [podpis]

* Za poisťované nepĺnoleté deti podpisuje návrh P2 vždy ich zákonný zástupca

VYHLÁSENIE POISTITEĽA:

Potvrdzujem prevzatie tohto návrhu na uzavretie (zmenu) poistnej zmluvy menom UNIQA poisťovne, a.s.. Poistná zmluva vznikne (zmeni sa) dorúčením 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/poisteného na základe preukazu totožnosti (OP, cestovný pas, iné).

V Lomnej dňa 10. 8. 2011

Za poistiteľa návrh poistníka prevzal a totožnosť poistníka** overil [podpis]

** Poistiteľ je podľa právneho poriadku SR povinný pri uzatváraní 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 HRANÍČ

Záchrana prírodného dedičstva v česko – slovenskom prihraničí

22420220014

EKOTÁBOR

14.08.2011 - 19.08.2011

Účast' v Bohuslaviciach



Zoznam účastníkov Ekotábora - Hruštín

<u>Meno a priezvisko</u>	<u>Dátum nar.</u>	<u>Adresa</u>	<u>Kontakt</u>
MAĎARÍKOVÁ LUCIA	18.9.1997	Vaňovka 821, Hruštín	Hruštín
MIŠÁNIKOVÁ KRISTÍNA	6.4.1998	Vaňovka 835, Hruštín	
KAPRÁLIK MAREK	19.7.1999	Hrnčiarka 420/43 Hruštín	
MARTVOŇ MATEJ	25.6.1999	Včielok 209/11 Hruštín	
CHLADNÁ KRISTÍNA	23.9.1998	Breza 25, 02953	Krušetnica
MASIAROVÁ LAURA	4.8.1997	Krušetnica 253	
DOPATER STANISLAV	5.4.1998	Krušetnica 102	
FLOREK ANDREJ	23.11.1997	Krušetnica 86	
DORUŠÁK JOZEF	30.12.1998	Krušetnica 96	
GRAJCIAR JÚLIUS	16.1.1998	Krušetnica 179	
MAJCHEROVÁ NIKOLA	7.1.1998	Lomná 192	Lomná
ĽUBOVÁ DOMINIKA	4.8.1998	Lomná 27	
HUTIRA PETER	5.9.1997	Lomná 2	