Kontaktná adresa:
UNIQA poisťovňa a.s.
Regionálne riaditeľstvo Banská Bystrica
Dolná 2, 974 01 Banská Bystrica
Telefón: 048/451 40 71 fax: Fax: 048/451 40 72
e-mail: zsprava_bb@uniqa.sk,

Predbežná kontrola v zmysle
§ 9 zákona č. 502/2001 Z.z.
Meno: Gregušová
Podpis: 4. 10. 2011

UNIQA poisťovňa, a.s. IČO: 653501, Vám vydáva

POISTKU

číslo
2003000297

ako písomné potvrdenie o prijatí návrhu 4319022867 na uzavretie poistnej zmluvy
RS 13 - Ročné skupinové úrazové poistenie pre dospelých, pracovný / vymedzený čas

Poistník
Základná škola M.R.Štefánika
Vajanského 35
921 01 Piešťany
IČO: 36094195

Číslo vydania: 000
Začiatok poistenia: 1.10.2011
Koniec poistenia: na neurčito

Všeobecné zmluvné dojednania:
Pre poistnú zmluvu platia Zmluvné dojednania a poistné podmienky uvedené v návrhu poistnej zmluvy a tiež Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie - 2009/1.

Poistené osoby: učitel a telocviku

Počet osôb: 2
Poistenie uzavreté: bez uvedenia mien

Poistené riziká	Poistná suma	Splátka poistného/osoba
Trvalé následky úrazu bez progresie	3 000,00 EUR(90 376,00 SK)	9,00 EUR(271,13 SK)
Drobné úrazy	100,00 EUR(3 012,60 SK)	10,00 EUR(301,26 SK)

Množstevná zľava 35,00 %

Vinkulácia
Bez vinkulácie.

Ročné poistné celkom: **24,70 EUR(744,11 SK)**
Lehotné poistné za poistné obdobie: **24,70 EUR(744,11 SK)**
Konverzný kurz: 1EUR=30,1260 SK

Mag. Andreas Kößl
predseda predstavenstva
generálny riaditeľ

Ing. Radomír Hečík
člen predstavenstva

UNIQA

Úraz & Starostlivosť
Úrazové poistenie

Návrh

Číselník: 30000

Číslo návrhu: 4319022867

☒ Nová poistná zmluva
☐ Zmena existujúcej zmluvy

Nákladové číslo: 1 0 7

Zákazníkové číslo: 7 4 2 5 5 6 2 6

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 *	Tel. číslo / mobil	Kategória klienta	Rodné číslo / IČO*
ZÁKLADNÁ ŠKOLA M.R. ŠTEFÁNIKA			36094196

Adresa trvalého pobytu / Ulica, číslo domu	PSČ	Miesto	Preukaz totožnosti (OP, CP, iný) č.	Štátna príslušnosť
VAJANSKÉHO 35	921 01	PIEŠŤANY		

Korešpondenčná adresa / Ulica, číslo domu	PSČ	Miesto	E-mail

PLATENIE POISTNÉHO *Vyplní sa v prípade, ak je poistníkom právnická osoba

Spôsob platenia	Prvé poistné zaplatené	Číslo účtu	Kód banky
☐ Trvalým príkazom ☐ Inkasom z účtu ☐ Príkazom na úhradu ☒ Poštovou poukážkou	☐ Pri prevzatí návrhu PZ ☒ Po doručení poštky		
Frekvencia platenia: ☒ Ročne** ☐ Polročne** ☐ Štvrťročne** ☐ Jednorazovo			

** Zaviazanie platenia je zhodné s poistným obdobím

DOBA TRVANIA POISTENIA

Začiatok poistenia * / Účinnosť zmeny poistenia **	Poistná doba	Počet dní (pri krátkodobom SÚP)	
20	mesiac	deň	☒ Neurčitá (pri dlhodobom SÚP)

* 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 nulová hodina dňa nasledujúceho po dni prevzatia návrhu poisťovňou.

** 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.

Koniec poistenia sa určuje z poistnej doby. Pokiaľ je poistná doba určená v celých mesiacoch, 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 presným dňom poistnej doby. Poistnú dobu "neurčitá" je možné dojednať v dlhodobom doplnkovom úrazovom poistení.

Tarifa: R | ☐ Indexácia poistenia (každoročná úprava poistného a poistných súm v zmysle poistných podmienok)

P1 PRVÁ POISTENÁ OSOBA

Priezvisko, meno, titul		☐ Muž ☐ Žena	Rodné číslo	St. príslušnosť	Preukaz totožnosti (OP, CP, iný) č.
Adresa trvalého pobytu / Ulica, číslo domu	PSČ	Miesto			Tel. číslo/mobil
Korešpondenčná adresa / Ulica, číslo domu	PSČ	Miesto			E-mail
Súčasné zamestnanie	Kód zamestnania	Nebezpečenská skupina	Záujmová činnosť / šport (registrácia v šport. klube/iná súťaž)	☐ pravidelne	☐ nepravidelne

P2 DRUHÁ POISTENÁ OSOBA (vyplňte v prípade rodinného poistenia) — Je adresa trvalého pobytu P2 zhodná s adresou trvalého pobytu P1? ☐ Áno ☐ Nie (Ak áno, tak nie je potrebné vyplňať adresu za P2)

Priezvisko, meno, titul		☐ Muž ☐ Žena	Rodné číslo	St. príslušnosť	Preukaz totožnosti (OP, CP, iný) č.
Adresa trvalého pobytu / Ulica, číslo domu	PSČ	Miesto			Tel. číslo/mobil
Súčasné zamestnanie	Kód zamestnania	Nebezpečenská skupina	Záujmová činnosť / šport (registrácia v šport. klube/iná súťaž)	☐ pravidelne	☐ nepravidelne

Spolupoistené deti (vyplňte v prípade rodinného poistenia)	Kód zamest. 388	Nebezpečenská skupina Dieťa	Záujmová činnosť / šport (registrácia v šport. klube/iná súťaž)
Priezvisko, meno, titul P3	Rodné číslo		☐ pravidelne ☐ nepravidelne
Priezvisko, meno, titul P4	Rodné číslo		☐ pravidelne ☐ nepravidelne
Priezvisko, meno, titul P5	Rodné číslo		☐ pravidelne ☐ nepravidelne
Priezvisko, meno, titul P6	Rodné číslo		☐ pravidelne ☐ nepravidelne

P7 je možné poistiť, pokiaľ nie je vyplnená P2

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

S1 POISTENÁ SKUPINA (vyplňte v prípade skupinového úrazového poistenia)

Počet osôb	Počet osôb celkom zo všetkých návrhov poistníka	Čísla ostatných návrhov
2	207	4319022868, 4319022866

☒ 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: UČITEĽIA TELOCVIEK

Zakázať (priezvisko, meno)	Číslo zákazníka	Kontakt na zákazníka (tel. číslo, e-mail, fax)
PAVLIČKOVÁ	7425426	

Zodpovedajúce okienka označte krížikom, údaje vyplňte písacím strojom

(P7 až P7 je uvedené poistené osoby)

VŠEOBECNÉ ÚDAJE

Oprávnená osoba pre prípad smrti úrazom P1

Neurčujem ☐ Oprávnená osoba (ďalej "OO") sa určuje buď vzťahom k poistenému, alebo menom z rodinným dôvodom (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 nemožná kolízia „neurčujem", ani „vzťahom" a ani „menom", považuje sa OO za neurčenú. OO v prípade rodinného poistenia a je uvedená v ostatných ďalších, Ak OO nemá r.č., uveďte dátum narodenia.

Vzťahom ☐ Označte príslušný vzťah: ☐ Manželka ☐ Deti ☐ Rodičia ☐ Iný vzťah (uveďte):

	Meno	Priezvisko, meno	Rodné číslo	Podiel v %
☐	Menom			
☐	Menom			
☐	Menom			
☐	Menom			

Číslo návrhu: 4319022867

(Ak nie je uvedené 100-tkové výšku podielu, resp. ak je súčet iných od 100%, tak sa podiel plnení rovnakým dielom medzi uvedené oprávnené osoby.) **SPOLU: 100 %**

VŠEOBECNÉ OTÁZKY

Súbežné poistenia: 1. Má poistený už uzavreté Životné (Ž) alebo úrazové (Ú) poistenie, prip. 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. Bol a 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) vykonávať zvláštnu rizikovú alebo nebezpečnú činnosť (napr. silné žiarenie, výbušniny, potápanie, výškové práce, motorové a športové lety, parašutizmus, paragliding, rogalo, 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)

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)
€ Výška odlišného hrubého ročného príjmu poistených

Poistné sumy a poistné pre poistenú osobu P1, S1:

Kód / Názov poistenia	Poistná suma (€)	Ročné tarifné poistné [1] (€)	Výsledok ocenenia [4]: Nová sadba BP [5]	Nové ročné tarifné poistné [7] (€)
800 Trvalé následky úrazu s progresiou: ☑ 0 % ☐ 150 % ☐ 500 %	5 000	9,0		
Je možné dojednať len jednu z uvedených foriem progresie. Pokiaľ nie je označená žiadna možnosť, platí progresia 0 %.				
810 Smrť úrazom				
821 Denné odškodné od ☐ 1. dňa ☐ 10. dňa	/deň			
Pokiaľ nie je označená žiadna možnosť, považuje sa za poistené denné odškodné od 10. dňa.				
830 Nemocničné odškodné	/deň			
840 Bolestné	1 500 [2]			
850 Úrazové náklady				
861 Euroochrana	50 000 [2]			
870 U- plus servis	20 /deň [3] [6]	bonus		bonus
871 Zlomeniny kostí u detí	podľa ZD ÚP [3] [6]	bonus		bonus
881 Drobné úrazy	podľa ZD ÚP [3] [6]	10,0		
891 Záchranovacie náklady	10 000 [3]			
900 Čas nevyhnutného liečenia				
910 Kozmetické operácie				
Celkové ročné tarifné poistné pre 1 osobu/ rodinu:		19,0		
Celkové ročné tarifné poistné (vrátane všetkých zľáv a prirážok pre všetky poistené osoby):		24,71		
Bežné alebo jednorazové poistné (za príslušné obdobie):		24,70		

1) Súčin sadzby ročného poistného a poistnej sumy.
2) Uvedené poistenie je dojednávané, iba ak je pred uvedené ročné tarifné poistné a toto je zaradené do bežného alebo jednorazového poistného.
3) Výška ročného nároku na poistné plnenie sú uvedené v Zmluvných dojednaniach pre úrazové poistenie (ZD ÚP).
4) Krížkuje sa na poistnú osobu P1.
5) Krížkuje sa na poistné osoby P2, P3 - P7.
6) Nová sadzba ročného poistného po ocenení.
7) Nové ročné tarifné poistné po ocenení.
8) Výška pracovnej ocenovania.

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK pre individuálne a rodinné úrazové poistenie (okrem R05)

	Poistená osoba P1		Poistená osoba P2		Poistená osoba P3 - P7	
1. Sú v súčasnej dobe uznaný za poberateľa starobného (t.j. do 70)?	Nie ☐	Áno ☐	Nie ☐	Áno ☐	Nie ☐	Áno ☐
2. Poberáte invalidný dôchodok?	Nie ☐	Áno ☐	Nie ☐	Áno ☐	Nie ☐	Áno ☐
3. Utrpeli ste úrazy, ktoré vám zanechali trvalé následky?	Nie ☐	Áno ☐	Nie ☐	Áno ☐	Nie ☐	Áno ☐
4. Máte alebo mali ste nejaké telesné postihnutie alebo závažné choroby ako napr.: kosti, kĺby, chrbtica (vrátane vrchva a kĺbov), ťažké ochorenie srdca, cev, nervového systému (napr. ochrnutie, epilepsia, mozgovo - cievna príhoda), psychiky, obličiek, pečene, cukrovku, rakovinu, poruchy videnia (oc -8 dpt., od -5 dpt.), neadekvátnosť, hemofíliu, HIV-infekciu a iné?	Nie ☐	Áno ☐	Nie ☐	Áno ☐	Nie ☐	Áno ☐
5. Užívate alebo užívali ste pravidelne lieky, drogy alebo návykové látky?	Nie ☐	Áno ☐	Nie ☐	Áno ☐	Nie ☐	Áno ☐

Číslo návrhu

4319022867

Kto je Váš ošetrujúci lekár? (meno, adresa a telefónne číslo)

P1	
P2	

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

Ďalšie ubytovania

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. odpovediach samostatne 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 konzernu 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 bodoch tlačiva 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 archivovať.

Poistník týmto nedvojzmyselne zákonne vyhlasuje, že peňažné prostriedky použité na platenie poistného z tejto poistnej zmluvy sú jeho vlastníctvom a zároveň tým zmluvy vykonáva na vlastnú 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 7% a s úpravou rozsahu poistenia, resp. výšky poistnej sumy alebo poistného uvedeného v tomto návrhu poistnej zmluvy v dôsledku oceňovania rizík bez toho, aby túto úpravu poistiteľ s ním prejednal. Poistka zaslaná poistníkovi stáleho upraveným rozsahom poistenia sa nezovráca a protiúvrh poistiteľa.

Poistník/poistený svojím podpisom potvrdzuje, že bol oboznámený s príslušnými platnými všeobecnými poistnými podmienkami, poistnými podmienkami a zmluvnými dojednaniami 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 poisťovacie účely.

Poistený súhlasí, aby poistiteľ podľa potreby zaistil jeho zdravotný stav, ako aj dôležité 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/poistený týmto žiada uzavretie poistenia v rozsahu tohto návrhu P2.

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

ZÁKLADNÁ ŠKOLA
M.R.ŠTEFÁNIKA
Vojanského 5 35
921 46 Piešťany

Piešťany 26. 09. 2011

v ..... dňa ..... Podpis poisteného P1, resp. jeho zákonného zástupcu* ..... Podpis poisteného P2 - P7, resp. jeho/ich zákonného zástupcu/zástupcov*

** Za poistené nezletilé deti podpisuje návrh P2 len ich zákonný zástupca*

VYHLÁSENIE POISTITEĽA:

Potvrdzujem prevzatie tohto návrhu na uzavretie (zmenu) poistnej zmluvy menom UNIQA poisťovňa, a.s. Poistná zmluva vzniká (mení sa) doručením oznámenia o prijatí návrhu poistiteľom klientovi v lehote 2 mesiacov od 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).

Piešťany 26. 09. 2011

v ..... dňa .....

Jaroslava Pavličková
poistenie a poradenská činnosť
Turecká 2218/18
915 01 Nové Mesto nad Váhom
IČO: 34489575 • DIČ: 1028833036
Živnosť č. 536/95 na OÚ Nové Mesto nad Váhom

Za poistiteľa návrh poistníka prevzal a totožnosť poistníka** overil

*** Poistiteľ je podľa právneho poriadku SR povinný pri uzavieraní poistnej zmluvy identifikovať a overiť identifikáciu poistníka a poistník je povinný takýto kontrolu vykonať.*