2 2 2 0

POISTNÁ ZMLUVA

Číslo návrhu PZ: 9489000267
Skupinové úrazové poistenie
[ ] **U8 - bežne platené** [x] **U18 - jednorazovo platené**

o úrazovom poistení osôb
uzavretá podľa § 788 a nasl. Občianskeho zákonníka.
Pre toto poistenie platia Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie č. 808 (ďalej len „VPP808"), ktoré sú jej neoddeliteľnou súčasťou.

Zmluvné strany:

Obchodné meno:	KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. (ďalej len „poisťovňa")
Sídlo:	Štefanovičova 4 816 23 Bratislava
Názov peňažného ústavu:	VÚB
Číslo účtu v tvare IBAN:	SK1102000000000090004012
IČO:	00 585 441, zapísaná 29.11.1990 v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Oddiel: Sa, Vložka číslo: 79/B
V zastúpení:	**Mgr. Martina Vozňáková**

a

Obchodné meno:	Obec Čaklov (ďalej len „poistník")
Sídlo:	Čaklov 116
Názov peňažného ústavu:	
Číslo účtu v tvare IBAN:	
IČO:	00332291
V zastúpení:	Andrej Dragula, starosta obce

Článok I
Poistené osoby

1) Touto poistnou zmluvou sú úrazovo poistené osoby - zamestnanci poistníka, a to v prípade, ak nastane poistná udalosť definovaná v tejto poistnej zmluve.

2) Zoznam poistených ku dňu uzatvorenia tejto poistnej zmluvy tvorí Prílohu č. 1 tejto poistnej zmluvy. Prílohu č.1 je možné meniť podľa pravidiel uvedených v tejto poistnej zmluve.

3) Podmienkou poistenia poistených osôb, ktoré nie sú uvedené v Prílohe č. 1 je vznik pracovného pomeru s poistníkom a v takom prípade poistenie tejto osoby začína dňom jej nastúpu do zamestnania. Za deň nástupu do zamestnania sa považuje:
   a) deň nástupu do zamestnania dohodnutý v pracovnej zmluve, ak je v tento deň zamestnanec práceschopný,
   b) deň nástupu po ukončení práceneschopnosti, ak v deň nástupu do zamestnania dohodnutý v pracovnej zmluve je zamestnanec praceneschopný.

4) Poistenie poistenej osoby zaniká dňom ukončenia jej pracovného pomeru s poistníkom.

5) Poistník je povinný najneskôr do 10 dňa mesiaca nasledujúcom po mesiaci v ktorom došlo k akejkoľvek zmene Prílohy č. 1 zaslať poisťovni aktuálny zoznam poistených osôb s vyznačenými zmenami a to vo forme a štruktúre určenej poisťovňou. Forma a štruktúra hlásenia tvorí Prílohu č. 2 poistnej zmluvy.

6) Poistník zabezpečí vyplnenie *Dotazníka pre skupinové poistenie* a uvedenie nového zamestnanca v najbližšej aktualizovanej Prílohe č.1.

7) Pri poistení mimopracovnej činnosti sa jedná o poistenie úrazu na uvedenom podujatí, pričom osoby sú zaradené do
   Riziková skupina:
   Názov a miesto podujatia:

Článok II
Poistná udalosť

1) Poistnou udalosťou je úraz poistenej osoby v zmysle VPP808.

2) V zmysle článku 10 ods. 2 VPP808 sa zmluvné strany dohodli, že poisťovňa poskytne poisteným osobám poistné plnenie za:
   a) smrť spôsobenú úrazom,
   b) trvalé následky úrazu,
   c) čas nevyhnutného liečenia telesného poškodenia spôsobeného úrazom alebo práceneschopnosť následkom úrazu,
   d) pobyt v nemocnici v dôsledku úrazu,
   e) plnú invaliditu následkom úrazu

   a to v rozsahu a za podmienok v zmysle tejto poistnej zmluvy a VPP808.

3) Poistenie sa vzťahuje na poistné udalosti, ku ktorým dôjde pri vykonávaní pracovnej alebo mimopracovnej činnosti poistených osôb.

Článok III
Variabilný bonus

1) Výška variabilného bonusu od 01.10.2017 je 9,09% a jeho výška sa môže v priebehu trvania poistenia meniť v súlade s VPP808.

Lehotné poistné pred aplikovaním variabilného bonusu:	
Výška variabilného bonusu v € (% zo základného poistného):	
Lehotné poistné po započítaní variabilného bonusu:	

Článok IV
Obsah poistenia (poistené riziká a výška poistných súm)

1) Dojednané poistné sumy alebo mesačný dôchodok pre jednotlivé riziká sú uvedené v tabuľke č. 1, **pričom nemôžu byť súčastne dojednané riziká ČNL a DO, DO a DON ani I a IR**:

Tabuľka č. 1

Poistené riziko	**Poistná suma / ročný dôchodok V EUR**
Smrť úrazom (SU)	400
Trvalé následky úrazu (TN)	400
Čas nevyhnutného liečenia úrazu (ČNL)	100
Denné odškodné za čas práceneschopnosti v dôsledku úrazu (DO)	
Denné odškodné za pobyt v nemocnici v dôsledku úrazu (DON)	
Invalidita následkom úrazu s výplatou dôchodku (IR)	
Invalidita následkom úrazu s výplatou poistnej sumy (I)	

Článok V
Začiatok a koniec poistenia

1) Táto poistná zmluva sa dojednáva na **01.03.2019 – 31.08.2019 /184 dní/**

Článok VI
Poistné

1) Mesačné (jednorazové) poistné pre jednotlivé riziká je uvedené v nasledujúcej tabuľke.

   Riziková skupina: **II.**

Riziko	Poistná suma (ročný dôchodok, denné odškodné) v EUR	Mesačné (jednorazové) poistné v EUR
Smrť úrazom	400	0,00266
[Trvalé následky úrazu]	400	0,00534
[Čas nevyhnutného liečenia úrazu]	100	0,00439
[Denné odškodné za čas práceneschopnosti v dôsledku úrazu]		
[Denné odškodné za pobyt v nemocnici v dôsledku úrazu]		
[Plná invalidita následkom úrazu s výplatou dôchodku]		
[Plná invalidita následkom úrazu s výplatou poistnej sumy]		
Mesačné (jednorazové) poistné spolu za 1 poistenú osobu		0,01239
Mesačné (jednorazové) poistné spolu za 1 poistenú osobu po zľave za vek poisteného (%)		

Počet poistených osôb	2
Mesačné (jednorazové) poistné za všetky poistené osoby	
Mesačné (jednorazové) poistné so zľavou za počet poistených osôb (%)	4,56
Celkové lehotné poistné po zľave za spôsob platenia poistného (len pre U8)	
Celkové lehotné poistné, resp. jednorazové poistné za všetky poistené osoby	

2) Lehotné poistné na poistné obdobie **01.03.2019 – 31.08.2019** je **4,56** EUR za všetky poistené osoby a je splatné v deň začiatku poistenia.

3) Poistné za ďalšie poistné obdobia (následné poistné) je splatné vždy v prvý deň príslušného poistného obdobia [(1.7., 1.10., 1.1., 1.4.)] a jeho výšku vypočíta poistník nasledovne:

   a) vypočíta lehotné poistné vynásobením počtu zamestnancov výškou mesačného poistného a počtom mesiacov v poistnom období,
   b) z výslednej sumy odpočíta nespotrebované poistné za poistených, ktorí odišli v predchádzajúcom poistnom období a pripočíta nedoplatok poistného za poistených, ktorí prišli v predchádzajúcom poistnom období. Nespotrebované poistné za jedného zamestnanca z predchádzajúceho poistného obdobia sa vypočíta vynásobením mesačného poistného počtom mesiacov, v ktorých už poistená osoba nebola v pracovnom pomere s poistníkom. Nedoplatok poistného za jedného poisteného z predchádzajúceho poistného obdobia sa vypočíta vynásobením mesačného poistného počtom mesiacov, v ktorých už poistená osoba bola v pracovnom pomere s poistníkom,
   c) spočíta celkové poistné a z výslednej sumy odpočíta zľavu za počet poistených osôb nasledovne, ak počet poistených v nasledujúcom poistnom období bude:

Počet poistených osôb	Výška zľavy z lehotného poistného
5 až 20	5 %
21 až 50	10%
51 až 100	15%
101 až 500	30%
501 a viac	45%

4) Poistník je povinný jednorazové poistné platiť na účet SK11 0200 0000 0000 9000 4012, VS 9489000267.

5) Ak je poistník v omeškaní s platením poistného, zaplatí poisťovni úrok z omeškania vo výške 0,05 % z dlžnej sumy za každý deň omeškania.

Článok VII
Záverečné ustanovenia

1) Poistenie podľa tejto zmluvy sa riadi príslušnými ustanoveniami Občianskeho zákonníka a VPP808.

PREHLÁSENIE POISTNÍKA, POISTENÉHO

Poistník prehlasuje, že odpovede na písomné otázky poisťovne týkajúce sa poistenia sú pravdivé, úplné a pokiaľ neboli napísané jeho rukopisom, potvrdzuje, že ich overil(a) a sú pravdivé. Poistník a poistený prehlasujú, že v súlade s § 793 si splnili svoju informačnú povinnosť odpovedať pravdivo a úplne na všetky otázky týkajúce sa dojednávaného poistenia, v opačnom prípade má poisťovňa právo postupovať v zmysle čl. 5 ods. 3, 4 a 5 VPP808 a odstúpiť od poistnej zmluvy. Podpísaním poistnej zmluvy poistník poistený, pokiaľ je odlišný od poistníka prehlasuje, že si je vedomý, že na účely podľa § 10 ods. 3 písm. b) zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 84/2014 Z.z. (ďalej len „ZOOU") je poisťovňa na účely plnenia predmetu poistnej zmluvy , t.j. najmä súvislosti s jej uzavretím, poistnou udalosťou či zvyšovaním poistného krytia v prípade potreby, oprávnená zisťovať zdravotný stav poisteného ako aj pravdivosť predložených dokladov a informácií u príslušných lekárov. V tejto súvislosti je oprávnená požiadať každého lekára, ktorý tieto osoby doteraz ošetroval alebo bude ošetrovať, aby jej poskytol informácie o ich zdravotnom stave:

☒ **ÁNO** ☐ **NIE**

28.2.2019	
Dátum	Podpis poistníka (v prípade právnickej osoby podpis osoby oprávnenej konať za právnickú osobu)

Poistník svojim podpisom vyjadruje svoj jednoznačný a nespochybniteľný súhlas s tým, aby v súlade so znením článku 5 ods. 6 VPP808 v prípade, ak bola poistná zmluva z akéhokoľvek dôvodu uzatvorená tak, že nezohľadňuje zvýšené riziko smrti, invalidity alebo úrazu (za povolanie, záujmovú činnosť, zdravotný stav) poisťovňa predložila dodatok, ktorým dôjde ku zodpovedajúcemu zvýšeniu poistného pri zachovaní dohodnutého poistného krytia, maximálne však o 10 %, a poistník sa zaväzuje tento dodatok podpísať, v opačnom prípade poisťovňa uplatní svoje právo v zmysle článku 6 ods. 3 písm. b) VPP808 a poistnú zmluvu vypovie:

28.2.2019	
Dátum	Podpis poistníka (v prípade právnickej osoby podpis osoby oprávnenej konať za právnickú osobu)

Poistník svojim podpisom súhlasí, aby vzhľadom ku vznikajúcim rozdielom medzi manuálnym výpočtom poistného zo sadzobníka a výpočtom v systéme poisťovne, poisťovňa bez jeho dodatočného súhlasu primerane, maximálne však o 0,05 EUR, upravila poistné pri zachovaní dojednaného poistného krytia:

28.2.2019	
Dátum	Podpis poistníka (v prípade právnickej osoby, podpis osoby oprávnenej konať za právnickú osobu

Poistník svojím podpisom jednoznačne a nespochybniteľne potvrdzuje, že mu boli odovzdané VPP808, vzťahujúce sa k uzatvorenému poisteniu v písomnej forme, vrátane poistných podmienok vzťahujúcich sa k pripoisteniu číslo:

28.2.2019	
Dátum	Podpis poistníka (v prípade právnickej osoby podpis osoby oprávnenej konať za právnickú osobu)

Poistník svojím podpisom jednoznačne a nespochybniteľne prehlasuje, že s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poistnej zmluvybol písomne oboznámený s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatváraného poistenia prostredníctvom Formulára o dôležitých zmluvných podmienkach uzatváranej poistnej zmluvy, ktorý prevzal od sprostredkovateľa poistnej zmluvy.

28.2.2019	
Dátum	Podpis poistníka (v prípade právnickej osoby podpis osoby oprávnenej konať za právnickú osobu)

Poistník svojim podpisom jednoznačne a nespochybniteľne prehlasuje, že bol oboznámený a súhlasí s variabilným bonusom v zmysle článku 8 VPP808, ktorý má vplyv na výšku poistného v priebehu trvania poistenia. Je si plne vedomý, že výška variabilného bonusu sa

môže v súlade s VPP808 v priebehu trvania poistenia meniť. Poistník svojim podpisom jednoznačne a nespochybniteľne prehlasuje, že si je vedomý možnosti do jedného mesiaca odo dňa doručenia oznámenia o úprave poistného podľa článku 8 VPP808 vypovedať poistnú zmluvu v prípade, ak s úpravou poistného z dôvodu zmeny variabilného bonusu nesúhlasí.

28.2.2019	
Dátum	Podpis poistníka (v prípade právnickej osoby podpis osoby oprávnenej konať za právnickú osobu)

Poistník v prípade uzatvorenia pripoistení pre prípad trvalých následkov úrazu alebo pre prípad času nevyhnutného liečenia úrazu svojim podpisom jednoznačne a nespochybniteľne prehlasuje, že bol oboznámený a súhlasí s možnosťou jednostrannej zmeny zo strany poisťovateľa „Zásad a tabuliek pre hodnotenie telesných poškodení v úrazovom poistení" (ďalej len „Zásady"). Poistník svojim podpisom jednoznačne a nespochybniteľne prehlasuje, že si je vedomý možnosti vypovedať poistnú zmluvu v lehote do 30 dní odo dňa doručenia informácie o zrealizovaní zmeny. Zásad v prípade, ak poisťovateľ jednostranne zmení Zásady a s touto zmenou nesúhlasí

28.2.2019	
Dátum	Podpis poistníka (v prípade právnickej osoby podpis osoby oprávnenej konať právnickú osobu)

Poistník (fyzická osoba) jednoznačne a nespochybniteľne dáva svoj **súhlas** na spracovanie jeho osobných údajov v rozsahu meno, priezvisko, adresa, email, telefónne číslo v informačnom systéme poisťovne na účely priameho marketingu poisťovne (najmä informácie o novinkách, akciách a zľavách, ako aj o súťažiach, poistných produktoch a poskytovaných online službách a pod.) po dobu neurčitú:

[x] **ÁNO** [ ] **NIE**

28.2.2019	
Dátum	Podpis poistníka

Poistník, ak je fyzickou osobou dáva poisťovni jednoznačný a nespochybniteľný súhlas aby jeho osobné údaje a údaje poisteného v rozsahu tejto poistnej zmluvy spracúvala na účely zabezpečenia vykonávania úkonov sprostredkovania poistenia v zmysle zákona č. 186/2009 Z.z. o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, a to vo vzťahu ku sprostredkovateľovi poistenia, ktorý poistnú zmluvu sprostredkoval ako aj toho, ktorého tieto osoby písomne určia. Jednoznačný a nespochybniteľný súhlas poistník udeľuje na dobu neurčitú. V prípade neudelenia súhlasu alebo jeho odvolania, nebude možné, aby príslušný sprostredkovateľ poistenia vykonával voči poisťovni akékoľvek úkony súvisiace s poistnou zmluvou.

[x] **ÁNO** [ ] **NIE**

Dátum	Podpis poistníka

Poisťovňa informuje dotknuté osoby, že ich osobné údaje spracúva podľa § 10 ZOOU. V prípade, ak poistník a poistená osoba, nie sú totožné, poistník prehlasuje, že má oprávnenie poskytnúť poisťovni osobné údaje poisteného, a to na účely podľa predchádzajúcej vety. V prípade, ak poistník udelil v poistnej zmluve súhlas so spracovaním svojich osobných údajov prehlasuje, že má oprávnenie udeliť tento súhlas aj vo vzťahu k poistenému. Poisťovňa informuje poistníka, poisteného, že poisťovňa je oprávnená poveriť spracúvaním ich osobných údajov sprostredkovateľa. Ich aktuálny zoznam je uvedený na www.koop.sk.
Poistník prehlasuje, že mu boli vopred poskytnuté údaje v zmysle § 15 zákona ZOOU a bol ako dotknutá osoba poučený o svojich právach uvedených v § 28 ZOOU. Zároveň berie na vedomie, že text poučenia je možné nájsť aj na www.koop.sk.

Poistná zmluva je vypracovaná v dvoch vyhotoveniach, z ktorých jedno obdrží poistník a druhé poisťovňa.

28.2.2019			
Dátum uzavretia poistenia	Podpis poistníka	Mgr. Martina Vozňáková	

Kooperativa
VIENNA INSURANCE GROUP
KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group
KANCELÁRIA VRANOV NAD TOPĽOU
ul. J. Živčíka 2427, 093 01 Vranov nad Topľou

OBEC ČAKLOV

Kooperativa
VIENNA INSURANCE GROUP

DODATOK K POISTNEJ ZMLUVE K PRODUKTOM U5, U15, U13, U14 – ÚRAZOVÉ POISTENIE

číslo PZ 9489000267 (ďalej len „poistná zmluva")

uzatvorený medzi

poistník: OBEC ČAKLOV, rodné číslo poistníka: IČO: 00332291, č. OP: ....., bydlisko.....,

(ďalej len „poistník")

a spoločnosťou
KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group
so sídlom: Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava, IČO 00 585 441, zapísaná: Obchodný register Okresný súd Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č. 79/B

(ďalej len „poisťovateľ")

Poistník a poisťovateľ (ďalej aj ako „zmluvné strany") uzatvorili dňa ..... poistnú zmluvu. Týmto dodatkom sa zmluvné strany dohodli, že poistnú zmluvu dopĺňajú a menia o takto:

Zmluvné strany sa dohodli, že pre toto poistenie neplatia Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie č 807 (ďalej len „VPP 807", ktoré sú súčasťou poistnej zmluvy), ale k tomuto dodatku pripojené Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie č 808 (ďalej len „VPP 808"). Všade kde sa v poistnej zmluve uvádza odkaz na VPP 807 sa poistná zmluva mení na odkaz na VPP 808.

Zmluvné strany sa dohodli, že Prehlásenia poistníka, poisteného alebo zákonného zástupcu poisteného dieťaťa na tretej strane poistnej zmluvy sa zrušujú a nahrádzajú nasledovnými PREHLÁSENIAMI:

Poistník svojím podpisom prehlasuje, že bol oboznámený a súhlasí s variabilným bonusom v zmysle článku 8 VPP 808, ktorý má vplyv na výšku poistného v priebehu trvania poistenia. Je si vedomý, že výška variabilného bonusu sa môže v súlade s VPP 808 v priebehu trvania poistenia meniť. Poistník svojím podpisom prehlasuje, že si je vedomý možnosti do jedného mesiaca odo dňa doručenia oznámenia o úprave poistného podľa článku 8 VPP 808 vypovedať poistnú zmluvu v prípade, ak s úpravou poistného z dôvodu zmeny variabilného bonusu nesúhlasí.

28.2.2019	
Dátum	Podpis poistníka (v prípade právnickej osoby podpis osoby oprávnenej konať za právnickú osobu)

Poistník a poistený, ak je osobou odlišnou od poistníka prehlasujú, že odpovede na písomné otázky poisťovne týkajúce sa poistenia sú pravdivé, úplné a pokiaľ neboli napísané jeho rukopisom, potvrdzuje, že ich overil(a) a sú pravdivé. Poistník a poistený prehlasujú, že v súlade s § 793 Občianskeho zákonníka si splnili svoju informačnú povinnosť odpovedať pravdivo a úplne na všetky otázky týkajúce sa dojednávaného poistenia, v opačnom prípade má poisťovňa právo postupovať v zmysle čl. 5 ods. 3 a 4 VPP 808 a odstúpiť od poistnej zmluvy. Poistník a poistený ak je osobou odlišnou od poistníka prehlasujú, že všetky údaje, ktoré uviedli v tomto dodatku sú úplné a pravdivé a pokiaľ neboli napísané jeho rukopisom potvrdzuje, že ich overil a sú pravdivé Podpísaním návrhu poistnej zmluvy poistník a poistený, ak je osobou odlišnou od poistníka prehlasuje, že si je vedomý, že na účely podľa § 10 ods. 3 písm. b) zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 84/2014 Z.z. (ďalej len „ZOOU") je poisťovňa na účely plnenia predmetu poistnej zmluvy, t.j. najmä súvislosti s jej uzavretím, poistnou udalosťou či zvyšovaním poistného krytia v prípade potreby, oprávnená zisťovať zdravotný stav poisteného resp. poistených detí ako aj pravdivosť predložených dokladov

a informácií u príslušných lekárov. V tejto súvislosti je oprávnená požiadať každého lekára, ktorý tieto osoby doteraz ošetroval alebo bude ošetrovať, aby jej poskytol informácie o ich zdravotnom stave:

☒ **ÁNO** ☐ **NIE**

28. 2. 2019		
Dátum	Podpis poistníka (v prípade právnickej osoby podpis osoby oprávnenej konať za právnickú osobu)	Podpis poisteného (zákonného zástupcu maloletého poisteného)

Poistník súhlasí, aby v súlade so znením článku 5 ods. 6 VPP 808 v prípade, ak bola poistná zmluva z akéhokoľvek dôvodu uzatvorená tak, že nezohľadňuje zvýšené riziko smrti, invalidity alebo úrazu (za povolanie, záujmovú činnosť, zdravotný stav) poisťovňa predložila dodatok, ktorým dôjde ku zodpovedajúcemu zvýšeniu poistného pri zachovaní dohodnutého poistného krytia, maximálne však o 10 %, a poistník sa zaväzuje tento dodatok podpísať, v opačnom prípade poisťovňa uplatní svoje právo v zmysle článku 6 ods. 3 písm. b) VPP 808 a poistnú zmluvu vypovie.

28. 2. 2019	
Dátum	Podpis poistníka (v prípade právnickej osoby podpis osoby oprávnenej konať za právnickú osobu)

Poistník svojím podpisom prehlasuje, že s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poistnej zmluvy bol písomne oboznámený s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatváraného poistenia prostredníctvom Formulára o dôležitých zmluvných podmienkach uzatváranej poistnej zmluvy, ktorý prevzal od sprostredkovateľa poistenia.

28. 2. 2019	
Dátum	Podpis poistníka (v prípade právnickej osoby podpis osoby oprávnenej konať za právnickú osobu)

Poistník súhlasí, aby vzhľadom ku vznikajúcim rozdielom medzi manuálnym výpočtom poistného zo sadzobníka a výpočtom v systéme poisťovne, poisťovňa bez jeho dodatočného súhlasu primerane, maximálne však o 0,05 EUR, upravila poistné pri zachovaní dojednaného poistného krytia:

28. 2. 2019	
Dátum	Podpis poistníka (v prípade právnickej osoby, podpis osoby oprávnenej konať za právnickú osobu)

Poistník v prípade uzatvorenia pripoistení pre prípad trvalých následkov úrazu alebo pre prípad času nevyhnutného liečenia úrazu svojim podpisom prehlasuje, že bol oboznámený a súhlasí s možnosťou jednostrannej zmeny zo strany poisťovateľa „Zásad a tabuliek pre hodnotenie telesných poškodení v úrazovom poistení" (ďalej len „Zásady"), . Poistník svojím podpisom prehlasuje, že si je vedomý možnosti vypovedať poistnú zmluvu v lehote do 30 dní odo dňa doručenia informácie o zrealizovaní zmeny Zásad podľa článku 8 ods.4 OPP 817 v prípade, ak poisťovateľ jednostranne zmení Zásady a s touto zmenou nesúhlasí

28.2.2019	
Dátum	Podpis poistníka (v prípade právnickej osoby podpis osoby oprávnenej konať právnickú osobu)

Poistník svojim podpisom potvrdzuje, že mu boli odovzdané VPP 808, vzťahujúce sa k uzatvorenému poisteniu v písomnej forme,

28.2.2019	
Dátum	Podpis poistníka (v prípade právnickej osoby podpis osoby oprávnenej konať právnickú osobu)

Poistník dáva svoj **súhlas** na spracovanie jeho osobných údajov v rozsahu meno, priezvisko, adresa, email, telefónne číslo v informačnom systéme poisťovne na účely priameho marketingu poisťovne (najmä informácie o novinkách, akciách a zľavách, ako aj o súťažiach, poistných produktoch a poskytovaných online službách a pod.) po dobu neurčitú:

☐ **ÁNO** ☒ **NIE**

Dátum	Podpis poistníka

Poistník dáva poisťovni súhlas aby jeho osobné údaje a údaje poisteného a poistených detí v rozsahu tejto poistnej zmluvy spracúvala na účely zabezpečenia vykonávania úkonov sprostredkovania poistenia v zmysle zákona č. 186/2009 Z.z. o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, a to vo vzťahu ku sprostredkovateľovi poistenia, ktorý poistnú zmluvu sprostredkoval ako aj toho, ktorého tieto osoby písomne určia. Súhlas poistník udeľuje na dobu neurčitú. V prípade neudelenia súhlasu alebo jeho odvolania, nebude možné, aby príslušný sprostredkovateľ poistenia vykonával voči poisťovni akékoľvek úkony súvisiace s poistnou zmluvou

☒ **ÁNO** ☐ **NIE**

28.2.2019	
Dátum	Podpis poistníka

Poisťovňa informuje dotknuté osoby, že ich osobné údaje spracúva podľa § 10 ZOOU . V prípade, ak poistník a poistená osoba alebo poistené deti nie sú totožné, poistník prehlasuje, že má oprávnenie poskytnúť poisťovni osobné údaje poisteného alebo poistených detí, a to na účely podľa predchádzajúcej vety. V prípade, ak poistník udelil v poistnej zmluve súhlas so spracovaním svojich osobných údajov prehlasuje, že má oprávnenie udeliť tento súhlas aj vo vzťahu k poistenému alebo poisteným deťom.

Poisťovňa informuje poistníka, poisteného a poistené deti, že poisťovňa je oprávnená poveriť spracúvaním ich osobných údajov sprostredkovateľa. Ich aktuálny zoznam je uvedený na www.koop.sk

Poistník prehlasuje, že mu boli vopred poskytnuté údaje v zmysle § 15 zákona ZOOU a bol ako dotknutá osoba poučený o svojich právach uvedených v § 28 ZOOU. Zároveň berie na vedomie, že text poučenia je možné nájsť aj na wwwkoop.sk.

28.2.2019			
Dátum	Podpis poistníka	Podpis poisteného (zákonného zástupcu maloletého poisteného)	Meno a podpis zástupcu poisťovne (čitateľne)

OBEC ČAKLOV

Kooperativa
VIENNA INSURANCE GROUP
KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group
KANCELÁRIA VRANOV NAD TOPĽOU
M. R. Štefánika 2427, 093 01 Vranov nad Topľou

Originál tohto tlačiva musí byť odovzdaný spolu s návrhom poistnej zmluvy poisťovni. Jedna kópia ostáva klientovi a jedna kópia sprostredkovateľovi poistenia.

Kooperativa
VIENNA INSURANCE GROUP

KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group
Centrála Bratislava, Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava 1, Slovenská republika
tel.: 00421/2/572 99 198, 572 99 333, fax: 00421/2/524 95 983
IČO: 00 585 441, DIČ: 2020527300, IČ DPH: SK7020000746. Spoločnosť je členom skupiny pre DPH.
Registrácia: Obchodný register Okresného súdu Bratislava I., oddiel: Sa, vložka č. 79/B

2205

VYHLÁSENIE POISTNÍKA

Meno a priezvisko: Obec Čaklov - Andrej Dragula

Dolupodpísaný, týmto ako poistník na poistnej zmluve č. návrhu | 9 | 4 | 8 | 9 | 0 | 0 | 0 | 2 | 6 | 7 |

VYHLASUJEM

a svojím podpisom jednoznačne a nespochybniteľne potvrdzujem, že som s dostatočným časovým predstihom pred uzatvorením poistnej zmluvy bol písomne oboznámený s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatváraného poistenia a prevzal som predzmluvný dokument:

- [ ] Dokument s kľúčovými informáciami (KID)
- [ ] Konkrétne informácie o fonde
- [x] Formulár o dôležitých podmienkach uzatváranej poistnej zmluvy
- [x] Informačný dokument o poistnom produkte (IPID).

OBEC ČAKLOV

V Čaklove dňa 28.02.2019

podpis poistníka

5-029/18