

## POISTNÁ ZMLUVA PRE KRÁTKODOBÉ SKUPINOVÉ ÚRAZOVÉ POISTENIE

Číslo poistnej zmluvy: **2-370-300012**

**Colonnade Insurance S.A.** so sídlom Rue Eugène Ruppert 20, L-2453 Luxemburg, Luxembursko, zapísaná v Obchodnom registri Luxemburg pod č. B 61605 konajúca prostredníctvom

**Colonnade Insurance S.A., pobočka poisťovne z iného členského štátu** so sídlom Štúrova 27, 042 80 Košice, IČO:50 013 602, DIČ: 4120026471, IČ DPH:SK4120026471 zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Košice I, oddiel: Po, vložka č.: 591/V

č. ziskateľa 1: **212227**

č. ziskateľa 2:

telefónne č.: **0918447113**

email: **alena.varsova@insia.com**

Vám podáva návrh na uzavretie poistnej zmluvy

|                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>POISTNÍK</b><br><small>(vyplňuje sa, ak poistník je fyzická osoba)</small>          | Priezvisko, meno, titul:<br><input style="width: 90%;" type="text"/><br>Trvalý pobyt: (ulica, číslo, mesto/obec)<br><input style="width: 90%;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                        | Rodné číslo:<br><input style="width: 90%;" type="text"/><br>PSČ:<br><input style="width: 90%;" type="text"/>                                                                                                           | Doklad totož.č.:<br><input style="width: 90%;" type="text"/><br>Pošta:<br><input style="width: 90%;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <small>(vyplňuje sa, ak poistník je podnikajúca fyzická alebo právnická osoba)</small> | Obchodné meno:<br><input style="width: 90%;" type="text"/> <b>Domov dôchodcov Nálepko n.o.</b><br>Sídlo / Miesto podnikania:<br><input style="width: 90%;" type="text"/> <b>Letná 352/8</b><br>Zapísaná v obchod.registri, resp.v inej evid.:<br><input style="width: 90%;" type="text"/> <b>Krajský úrad v Košiciach</b><br>Trvalý pobyt: (ulica, číslo, mesto/obec)<br><input style="width: 90%;" type="text"/> <b>Rázusova 7</b> | IČO:<br><input style="width: 90%;" type="text"/> <b>31257305</b><br>PSČ:<br><input style="width: 90%;" type="text"/> <b>05333</b>                                                                                      | DIČ, resp. IČ DPH:<br><input style="width: 90%;" type="text"/> <b>2021785139</b><br>Pošta:<br><input style="width: 90%;" type="text"/> <b>Nálepko</b><br>Zastúpená (meno, priezvisko):<br><input style="width: 90%;" type="text"/> <b>Mgr. Michal Bartoš</b><br>Rodné číslo:<br><input style="width: 90%;" type="text"/><br>Doklad totož.č.:<br><input style="width: 90%;" type="text"/><br>Štát. prísl.:<br><input style="width: 90%;" type="text"/> <b>SR</b> |
|                                                                                        | Kontaktná adresa:<br><input style="width: 90%;" type="text"/><br>Telefón / mobil:<br><input style="width: 90%;" type="text"/><br>E-mail:<br><input style="width: 90%;" type="text"/><br>IBAN:<br><input style="width: 90%;" type="text"/>                                                                                                                                                                                           | PSČ:<br><input style="width: 90%;" type="text"/><br>Pošta:<br><input style="width: 90%;" type="text"/><br>Fax:<br><input style="width: 90%;" type="text"/><br>SWIFT / BIC:<br><input style="width: 90%;" type="text"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

Toto poistenie sa riadi Všeobecnými poistnými podmienkami pre poistenie úrazu a poistenie choroby, Osobitnými poistnými podmienkami pre skupinovú poistnú zmluvu úrazu a choroby a Osobitnými poistnými podmienkami pre príslušné riziká podľa toho, ktoré riziká sú v poistnej zmluve dojednané. Všeobecné poistné podmienky a Osobitné poistné podmienky, ktorými sa riadi táto poistná zmluva sú jej neoddeliteľnou súčasťou.

### DOBA TRVANIA POISTENIA

Začiatok poistenia: **01.07.2016**

Koniec poistenia: **30.6.2017**

Časová obmedzenosť poistenia: **v čase vykonávania aktivačných prác**

**POISTENÉ OSOBY:** Osoby poistené touto poistnou zmluvou sú uvedené v Prílohe č. 1. - Zoznam poistených osôb

### ŠPECIFIKÁCIA SKUPINY POISTENÝCH OSÔB:

ŠPECIFIKÁCIA SKUPINY I: **osoby vykonávajúce aktivačné práce**

ŠPECIFIKÁCIA SKUPINY II:

ŠPECIFIKÁCIA SKUPINY III:



ROZSAH A OBSAH POISTENIA

| Poistné sumy a poistné za dobu poistenia v EUR                         |            |             |                              |                                                              |
|------------------------------------------------------------------------|------------|-------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Dojednané riziko / Poistné krytie                                      | SKUPINA I. | SKUPINA II. | SKUPINA III.                 | POISTNÉ ZA 1 OSOBU A JEDNOTLIVÉ RIZIKÁ ZA 1 MESIAC POISTENIA |
| Smrť následkom úrazu                                                   | 3 320,00   |             |                              | 0,30 Eur                                                     |
| Trvalá invalidita následkom úrazu                                      | 3 320,00   |             |                              | 0,57 Eur                                                     |
| Trvalá invalidita následkom úrazu s progresívnym plnením               | nepoistené |             |                              |                                                              |
| Liečenie úrazu                                                         | nepoistené |             |                              |                                                              |
| Zlomeniny a popáleniny následkom úrazu                                 | nepoistené |             |                              |                                                              |
| Denné odškodnenie za pobyt v nemocnici následkom úrazu *               | nepoistené |             |                              |                                                              |
| Denné odškodnenie za pobyt v nemocnici následkom úrazu alebo choroby** | nepoistené |             |                              |                                                              |
| Operácia následkom úrazu                                               | nepoistené |             |                              |                                                              |
| Operácia následkom úrazu alebo choroby                                 | nepoistené |             |                              |                                                              |
| *) Eliminačné obdobie 3 dni                                            |            |             | **) Eliminačné obdobie 1 deň |                                                              |

POISTNÉ, POISTNÁ DOBA, TRVANIE POISTENIA

Pre toto poistenie sa dojednáva, že poistná doba je na dobu určitú a plynie od dátumu začiatku poistenia do dátumu konca poistenia. Uplynutím poistnej doby poistná zmluva zaniká.

| SKUPINA                                                   | Počet poistených v danej skupine | Jednorazové poistné na 1 poisteného v danej skupine |     | Výsledné jednorazové poistné za celú skupinu v EUR |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------|
| I.                                                        | 6                                | 10,44                                               | EUR | 62,64 EUR                                          |
| II.                                                       | —                                | —                                                   | EUR | — EUR                                              |
| III.                                                      | —                                | —                                                   | EUR | — EUR                                              |
| Výsledné jednorazové poistné za dojednanú dobu poistenia: |                                  |                                                     |     | 62,64 EUR                                          |

OSOBITNÉ DOJEDNANIE

Dojednáva sa, že minimálne jednorazové poistné za poistnú zmluvu (bez ohľadu na počet poistených osôb) je 30,00 EUR.

PLATENIE POISTNÉHO

Jednorazové poistné je splatné dňom (dátumom) začiatku poistenia.

Údaje k úhrade poistného:

Jednorazové poistné: 62,64 EUR

IBAN: SK1681300000001102100306

SWIFT/BIC: CITISKBA

Variabilný symbol: číslo poistnej zmluvy (bez pomlčiek)

Konštantný symbol: 3558

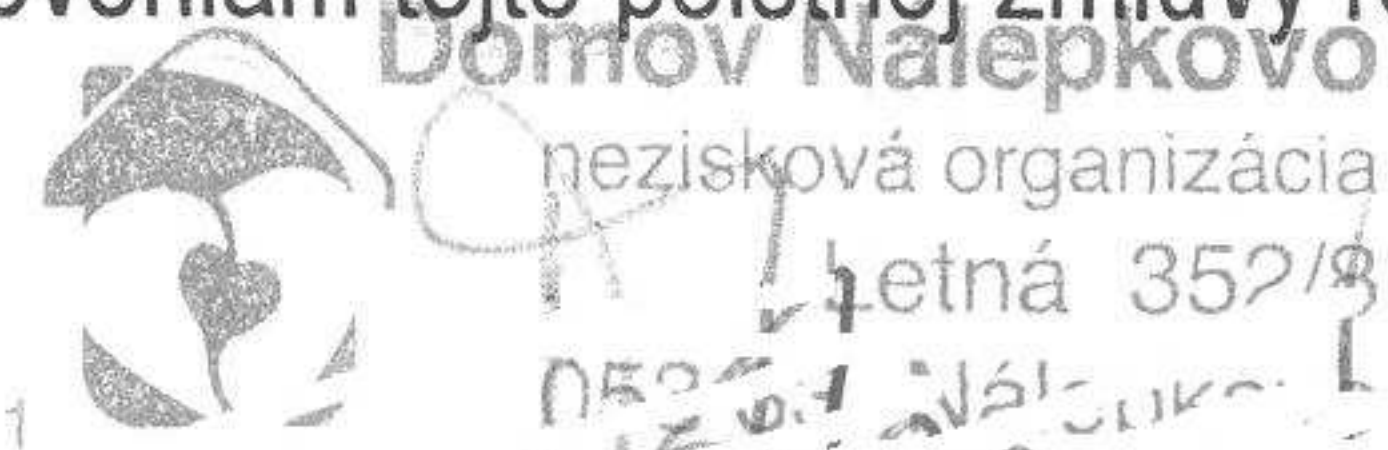


### PREHLÁSENIE POISTNÍKA / POISTENĚHO:

Som oboznámený s právami a povinnosťami vyplývajúcimi z poistnej zmluvy, Všeobecných poistných podmienok pre poistenie úrazu a poistenie choroby, Osobitných poistných podmienok pre skupinové poistenie úrazu a choroby a Osobitných poistných podmienok pre príslušné riziká podľa toho, ktoré sú v poistnej zmluve dojednané. Prehlasujem, že všetky údaje uvedené v tejto poistnej zmluve sú pravdivé a úplné a že som nezamlčal žiadnu skutočnosť, ktorá je podstatná pre uzavretie tejto poistnej zmluvy. Zároveň potvrdzujem, že som bol oboznámený so Všeobecnými poistnými podmienkami a Osobitnými poistnými podmienkami, ktoré sú súčasťou tejto poistnej zmluvy a že som ich v písomnej forme prevzal. Všetkým ustanoveniam tejto poistnej zmluvy rozumiem a súhlasím s nimi.

30. 06. 2016

Dátum uzavretia poistnej zmluvy



Podpis poistníka / poisteného



Podpis osoby poverenej dojednaním poistenia

### PRÍLOHY:

Príloha č. 1 - Zoznam poistených osôb

Príloha č. 2 - Všeobecné poistné podmienky pre poistenie úrazu a poistenie choroby (CI 380/16/05)

Príloha č. 3 - Osobitné poistné podmienky pre skupinové poistenie úrazu a choroby (CI 388/16/05)

Príloha č. 4 - Osobitné poistné podmienky úrazového poistenia pre riziko smrti následkom úrazu a trvalej invalidity následkom úrazu (CI 381/16/05)



# Príloha č.1 – Zoznam poistených osôb

Poistná zmluva č.: 2-370-300012

Dátum: 30.6.2016

| Por. č. | Meno a Priezvisko  | Dátum narodenia |
|---------|--------------------|-----------------|
| 1.      | Jana Labudová      | 03.03.1978      |
| 2.      | Pavol Labuda       | 15.04.1978      |
| 3.      | Katarína Vitkovská | 07.05.1978      |
| 4.      | Daniela Smoradová  | 09.06.1978      |
| 5.      | Irena Smoradová    | 11.07.1978      |
| 6.      | Jozef Smorada      | 12.08.1978      |
|         |                    |                 |
|         |                    |                 |
|         |                    |                 |
|         |                    |                 |
|         |                    |                 |



# Formulár o dôležitých zmluvných podmienkach uzatváranej poistnej zmluvy SKUPINOVÉ ÚRAZOVÉ POISTENIE OSÔB

## 1. UPOZORNENIE

Tento formulár obsahuje informácie súvisiace s uzatvorením poistnej zmluvy v zmysle ust. § 70 ods. 4 zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve, ktoré majú pomôcť potenciálnemu klientovi pri pochopení povahy, obsahu, rizík, nákladov, možných výnosov a strát súvisiacich s poistným produktom. Formulár neobsahuje úplný rozsah práv a povinností, ktoré potenciálnemu klientovi vyplývajú z uzatvorenia poistnej zmluvy.

## 2. INFORMÁCIE O POISŤOVATEĽOVI A KONTAKTNÉ ÚDAJE

Obchodné meno a právna forma poisťovateľa: Colonnade Insurance S.A.

Názov štátu, kde sa nachádza sídlo poisťovateľa: Luxembursko

Názov štátu, kde sa nachádza pobočka poisťovateľa, ktorá uzaviera poistnú zmluvu: Slovenská republika

Sídlo poisťovateľa: Rue Eugène Ruppert 20, L-2453 Luxemburg, Luxembursko

Adresa umiestnenia pobočky poisťovateľa, ktorá uzaviera poistnú zmluvu: Štúrova 27, 042 80 Košice

Telefónne číslo: 055 6826 222

E-mailová adresa: [info@colonnade.sk](mailto:info@colonnade.sk)

Webové sídlo: [www.colonnade.sk](http://www.colonnade.sk)

## 3. CHARAKTERISTIKA POISTNEJ ZMLUVY A DÔLEŽITÉ ZMLUVNÉ PODMIENKY

Názov poistného produktu: Skupinové úrazové poistenie osôb

Popis poistného produktu:

### a) popis poistenia alebo súboru poistení

Skupinové úrazové poistenie osôb sa vzťahuje na škody na zdraví spôsobené menovaným alebo nemenovaným osobám následkom úrazu.

### b) všeobecná informácia o poistnej dobe a poistnom období

Poistnou dobou je doba, na ktorú sa poistenie dojednáva. Poistným obdobím je časové obdobie, za ktoré sa platí poistné.

### c) poistné riziká

Pevnou súčasťou produktu sú poistné riziká:

1. Smrť následkom úrazu;
2. Trvalá celková alebo čiastočná invalidita následkom úrazu;

Voliteľnou súčasťou produktu sú poistné riziká:

3. Denné odškodnenie za pobyt v nemocnici následkom úrazu;
4. Denné odškodné následkom úrazu;
5. Liečenie úrazu;
6. Zlomeniny a popáleniny následkom úrazu;
7. Operácia následkom úrazu.

### d) všeobecná charakteristika poistného plnenia

Poistné plnenie je poskytované formou peňažného plnenia. Poisťovateľ poskytne poistné plnenie maximálne do výšky poistnej sumy alebo limitu poistného plnenia.

**Spôsob určenia výšky poistného plnenia:**

Výška poistného plnenia závisí od skutočností a súm, ktoré boli dohodnuté v poistnej zmluve. Výška poistného plnenia sa nerovná automaticky výške poistnej sumy.

1. Smrť následkom úrazu – ak poistený následkom úrazu zomrie, poisťovateľ vyplatí oprávnenej osobe poistnú sumu pre prípad smrti následkom úrazu.
2. Trvalá celková alebo čiastočná invalidita následkom úrazu:
  - a) ak následkom úrazu poistený utrpí telesné poškodenie, ktorého dôsledkom je jeho trvalá celková invalidita, ako je stanovená v Osobitných poistných podmienkach úrazového poistenia pre riziko smrti následkom úrazu a trvalej invalidity následkom úrazu (ďalej len „OPP-SMRŤ-TRVALÉ NÁSLEDKY“) čl. 6 „Rozpis poistných náhrad pri trvalej invalidite“ v časti „Trvalá celková invalidita“, poisťovateľ vyplatí poistenému dojednanú poistnú sumu.
  - b) ak následkom úrazu poistený utrpí telesné poškodenie, ktorého dôsledkom je jeho trvalá čiastočná invalidita, poisťovateľ vyplatí poistenému sumu, ktorá sa rovná percentu stanovenému v OPP-SMRŤ-TRVALÉ NÁSLEDKY čl. 6 „Rozpis poistných náhrad pri trvalej invalidite“ v časti „Trvalá čiastočná invalidita“ vynásobenému dojednanou poistnou sumou. Poisťovateľ neposkytne poistné plnenie za trvalú čiastočnú invaliditu, ak percento telesného poškodenia alebo trvalej invalidity je menšie ako 3% z poistnej sumy pre prípad trvalej invalidity, dohodnutej v poistnej zmluve.
3. Denné odškodnenie za pobyt v nemocnici následkom úrazu - poisťovateľ vyplatí poistenému denné odškodnenie vo výške stanovenej v poistnej zmluve za každý deň, ktorý bude poistený hospitalizovaný po skončení eliminačného obdobia. Eliminačným obdobím je v poistnej zmluve stanovený počet po sebe nasledujúcich dní začínajúc prvým dňom, keď bol poistený hospitalizovaný, za ktoré nevzniká poistenému nárok na poistné plnenie.
4. Denné odškodné následkom úrazu - poisťovateľ vyplatí poistenému denné odškodné vo výške stanovenej v poistnej zmluve za každý deň, ktorý bude poistený hospitalizovaný alebo bude v domácom liečení na základe rozhodnutia lekára po skončení eliminačného obdobia. Eliminačným obdobím je v poistnej zmluve stanovený počet po sebe nasledujúcich dní začínajúc prvým dňom, keď bol poistený hospitalizovaný alebo nastúpil na domáce liečenie, za ktoré nevzniká poistenému nárok na poistné plnenie.
5. Liečenie úrazu - poisťovateľ vyplatí poistenému v prípade liečenia úrazu sumu, ktorá sa rovná percentu zodpovedajúcemu stanovenej diagnóze v zmysle tabuľky poistných plnení poisťovateľa pre prípad liečenia úrazu vynásobenému dojednanou poistnou sumou.
6. Zlomeniny a popáleniny následkom úrazu - poisťovateľ vyplatí poistenému poistné plnenie v prípade zlomeniny alebo popáleniny následkom úrazu podľa tabuľky poistných plnení poisťovateľa pre prípad zlomeniny alebo popáleniny.



7. Operácia následkom úrazu - poisťovateľ vyplatí poistenému poistné plnenie v prípade operácie súvisiacej s úrazom podľa tabuľky poistných plnení poisťovateľa pre prípad operácie.

Podrobný popis spôsobu určenia výšky poistného plnenia je v závislosti od poistného rizika uvedený v príslušných Osobitných poistných podmienkach.

**Podmienky, za ktorých nevzniká poisťovateľovi povinnosť poskytnúť poistné plnenie**

V niektorých prípadoch, napriek tomu, že poistenému vznikne škoda, nevzniká poisťovateľovi povinnosť poskytnúť plnenie. Ide o tzv. výluky z poistenia. Napr.:

Poistenie sa nevzťahuje na úrazy, ktoré vznikli:

- a) pri pokuse o samovraždu;
- b) pri nezákonnej činnosti alebo pri úmyselnej účasti poisteného na trestnom čine;
- c) pri profesionálne vykonávanom športe;
- d) pri vykonávaní extrémnych alebo adrenalínových športov;
- e) počas letu, ak je poistený pilot alebo člen posádky akéhokoľvek vzdušného plavidla.

Podrobný popis uvedených výluk z poistenia a ostatné všeobecné výluky sú uvedené vo Všeobecných poistných podmienkach pre poistenie úrazu a poistenie choroby (ďalej len „VPP-U-CH“) čl. 9-Výluky z poistenia a v Osobitných poistných podmienkach pre skupinové poistenie úrazu a choroby čl. 5-Obmedzenie poistného plnenia v prípade terorizmu. Ďalšie výluky týkajúce sa rizika zlomenín a popálenín následkom úrazu sú uvedené v Osobitných poistných podmienkach úrazového poistenia pre riziko zlomenín a popálenín následkom úrazu čl. 4-Výluky.

**Podmienky, za ktorých je poisťovateľ oprávnený poistné plnenie znížiť**

1. Ak poistná udalosť bola spôsobená poisteným, pričom k poistnej udalosti došlo následkom:
  - a) zvýšenej hladiny alkoholu v krvi, ktorá prekračuje zákonom povolené limity pre používanie motorových vozidiel,
  - b) intoxikácie poisteného, alebo ak poistený bol pod vplyvom omamných látok, ak mu tieto neboli predpísané lekárom alebo boli podané v nadmerných dávkach;
2. Ak poistený nepostupoval v prípade poistnej udalosti v zmysle ustanovení VPP-U-CH čl.15-Likvidácia poistných udalostí;
3. Ak v dôsledku nepravdivých alebo neúplných odpovedí poisteného na otázky poisťovateľa, bolo stanovené nižšie poistné (VPP-U-CH čl. 8-Nepravdivé údaje);

Ostatné prípady (s ohľadom na poistné riziko) sú uvedené v Osobitných poistných podmienkach úrazového poistenia pre riziko operácie následkom úrazu čl. 3-Poistné udalosti a poistné plnenie.

**Informácia o spôsobe určenia a platenia poistného, jeho splatnosti a o dôsledkoch nezaplatenia poistného**

Výška poistného sa určuje najmä v závislosti od výšky poistnej sumy, počtu poistených osôb, zaradenia poistených do rizikovej skupiny podľa toho, na akú pracovnú alebo inú činnosť sa poistenie bude vzťahovať a od rozsahu poistných rizík, ktoré budú poistnou zmluvou kryté. Poistné za poistné obdobia, resp. poistnú dobu (ak je poistná zmluva uzatvorená na dobu určitú), termíny splatnosti a údaje k úhrade poistného prevodom alebo peňažným poukazom, sú uvedené v poistnej zmluve.

Dôsledkom nezaplatenia poistného poistenie zaniká ak:

- a) poistné za prvé poistné obdobie alebo prvé poistné za poistnú dobu nebolo zaplatené do troch mesiacov odo dňa splatnosti;
- b) poistné za ďalšie poistné obdobie nebolo zaplatené do jedného mesiaca odo dňa doručenia výzvy poisťovateľa na jeho zaplatenie.

**Spôsoby zániku poistnej zmluvy**

Okrem prípadov zániku poistenia ako je uvedené vyššie, poistná zmluva zaniká aj:

- a) výpoveďou do dvoch mesiacov odo dňa uzavretia poistnej zmluvy v zmysle všeobecne záväzného právneho predpisu, upravujúceho poistenie (Občiansky zákonník); výpovedná lehota je osemenná, jej uplynutím poistenie zanikne;
- b) zrušením poistníka (právnickej osoby) likvidáciou;
- c) uplynutím poistnej doby alebo k dátumu stanovenému v poistnej zmluve (u poistnej zmluvy dohodnutej na dobu určitú);
- d) výpoveďou, odstúpením od zmluvy, odmietnutím poistného plnenia alebo iným dôvodom zániku poistenia v zmysle všeobecne záväzného právneho predpisu, upravujúceho poistenie (Občiansky zákonník).

**4. INÉ DÔLEŽITÉ INFORMÁCIE**

**Spôsob vybavovania sťažností**

Sťažnosť je možné podať v akejkoľvek prevádzke poisťovateľa počas prevádzkovej doby osobne alebo písomne na adresu: Colonnade Insurance S.A., pobočka poisťovne z iného členského štátu, Štúrova 27, 042 80 Košice. Sťažnosť je možné podať aj elektronicky na e-mailovú adresu: info@colonnade.sk. Podrobnejšie informácie o mieste, spôsobe podania a postupe pri vybavovaní sťažností sú uvedené v dokumente - Vybavovanie sťažností, ktorý sa nachádza na webovom sídle poisťovateľa. Sťažnosť bude vybavená bez zbytočného odkladu, najneskôr v lehote 30 dní od jej doručenia. V prípade, ak to vzhľadom na okolnosti prípadu nebude možné, bude sťažovateľ informovaný o dôvodoch predĺženia lehoty na vybavenie sťažnosti s uvedením predpokladaného termínu vybavenia sťažnosti.

**Informácie o práve štátu**

Uzatváraná poistná zmluva sa bude riadiť právnym poriadkom Slovenskej republiky.

Klient svojím podpisom potvrdzuje, že bol pred uzavretím poistnej zmluvy s dostatočným časovým predstihom písomne oboznámený so zmluvnými podmienkami uzatváranej zmluvy a že ich v písomnej forme prevzal.

V ..... JNV, dňa 30.06.16

.....  
meno a priezvisko (obchod. meno) klienta

.....  
podpis klienta

