

Číslo poistnej zmluvy:

2-370-300164

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: **826202**

č. ziskateľa 2:

telefónne č.:

email:

Vám podáva návrh na uzavretie poistnej zmluvy

POISTNÍK (vyplňuje sa, ak poistník je fyzická osoba)	Priezvisko, meno, titul:	Rodné číslo:	Doklad totož.č.: Štát. prísl.:
	Trvalý pobyt: (ulica, číslo, mesto/obec)	PSČ:	Pošta:
(vyplňuje sa, ak poistník je podnikajúca fyzická alebo právnická osoba)	Obchodné meno:	IČO:	DIČ, resp. IČ DPH:
	Obec Huncovce	00326232	2020697151
	Sídlo / Miesto podnikania:	PSČ:	Pošta:
	Hlavná 29	059 92	Huncovce
	Zapísaná v obchod. registri, resp. v inej evid.:	Zastúpená (meno, priezvisko):	
	Trvalý pobyt: (ulica, číslo, mesto/obec)	Rodné číslo:	Doklad totož.č.: Štát. prísl.:
		581126/6824	EA339752 SR
	Kontaktná adresa:	PSČ:	Pošta:
	Telefón / mobil:	E-mail:	Fax:
	IBAN:		SWIFT / BIC:

Toto poistenie sa riadi Všeobecnými poistnými podmienkami pre poistenie úrazu a poistenie choroby, Osobitnými poistnými podmienkami pre skupinovú poistenie 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:

01.12.2016

Koniec poistenia:

31.5.2017

Časová obmedzenosť poistenia: v čase vykonávania aktívnych 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 aktívne 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 DOBU POISTENIA
Smrť následkom úrazu	3 320,00			0,22 EUR
Trvalá invalidita následkom úrazu	3 320,00			0,36 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.	13	3,48 EUR	45,24 EUR
II.			
III.			
Výsledné jednorazové poistné za dojednanú dobu poistenia:			45,24 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:

45,24 EUR

IBAN: SK1681300000001102100306

SWIFT/BIC: CITISKBA

Variabilný symbol: číslo poistnej zmluvy (bez pomlčiek)

Konštantný symbol: 3558

PREHLÁSENIE POISTNÍKA / POISTENÉHO:

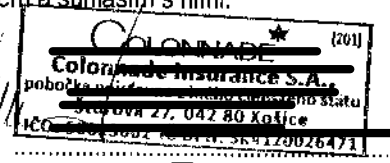
Som oboznámený s právami a povinnosťami vyplývajúcimi z poistnej zmluvy, Všeobecných poistných podmienok pre poistenie úrazu a poistenie choroby, Osobitných poistných podmienok pre skupinové poistenie úrazu a choroby a Osobitných poistných podmienok pre príslušné riziká podľa toho, ktoré sú v poistnej zmluve dojednané. Prehlasujem, že všetky údaje uvedené v tejto poistnej zmluve sú pravdivé a úplné a že som nezamičal 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. 11. 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)