

--	--	--	--	--	--	--	--

Číslo návrhu poisťnej zmluvy

NÁVRH POISTNEJ ZMLUVY PRE POISTENIE S7 BEZSTAROSTNÝ ŽIVOT

DOČASNÉ POISTENIE PRE PRÍPAD SMRTI

POISŤOVŇA
KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava 1 IČO: 00 585 441 DIČ: 2020527300 IČ DPH: SK7020000746 Spoločnosť je členom skupiny pre DPH. Registrácia: Obchodný register Mestského súdu Bratislava III, odd: Sa, vložka 79/B

ZÍSKATEĽ			
Získateľ 1	Podiel	Získateľ 2	Podiel
Telefón ziskateľa 1	E-mail ziskateľa 1	Telefón ziskateľa 2	E-mail ziskateľa 2

A. POISTNÍK/POISTENÝ (ak nie je poistená iná osoba)			
Meno, priezvisko, titul (názov firmy)			Rodné číslo/IČO
Číslo OP/pasu	Priemerný čistý mesačný príjem	Štátna príslušnosť	
Povolanie - oblasť podnikania (špecifikovať - zamestnaný, nezamestnaný, SZČO)			Štát
Adresa trvalého bydliska - ulica, číslo			PSČ
Miesto - dodacia pošta			
Adresa pre korešpondenciu - ulica, číslo			PSČ
Miesto - dodacia pošta			
IBAN			Názov banky
Mobilný/telefonický kontakt		E-mail	

B. PRVÁ POISTENÁ OSOBA (ak je iná ako poistník)			
Meno, priezvisko, titul			Rodné číslo
Číslo OP/pasu	Priemerný čistý mesačný príjem	Štátna príslušnosť	
Povolanie - oblasť podnikania (špecifikovať - zamestnaný, nezamestnaný, SZČO)			Štát
Adresa trvalého bydliska - ulica, číslo			PSČ
Miesto - dodacia pošta			
Mobilný/telefonický kontakt		E-mail	

C. OBSAH POISTENIA (rizikové životné poistenie)

Začiatok poistenia	Doba trvania a platenia poistného	Vstupný vek 1. poistenej osoby	Riziková skupina 1. poistenej osoby
Druh poistenia	Poistná suma v EUR	Mesačné poistné v EUR	Mesačné poistné po zohľadnení rizika (prac., mimoprac. čin.) v EUR
Rizikové životné poistenie			
<input checked="" type="checkbox"/> Poistenie pre prípad smrti 1. poistenej osoby s výplatou poistnej sumy			
<input checked="" type="checkbox"/> Asistenčné služby			
Pripoistenia 1. poistenej osoby			
<input type="checkbox"/> Dočasné pripoistenie pre prípad smrti Doba poistenia rokov			
<input type="checkbox"/> Dočasné pripoistenie pre prípad smrti s lineárne klesajúcou poistnou sumou Doba poistenia rokov			
<input type="checkbox"/> Smrť následkom úrazu			
<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu			
<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením 350%			
<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením 500%			
<input type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia úrazu			
<input type="checkbox"/> Denné odškodné za čas nevyhnutného liečenia			
<input type="checkbox"/> Denné odškodné za pobyt v nemocnici			
<input type="checkbox"/> Denné odškodné za pobyt v nemocnici bez ochranných lehôt			
<input type="checkbox"/> Pripoistenie onkologických chorôb			
<input type="checkbox"/> Pripoistenie onkologických chorôb bez ochranných lehôt			
<input type="checkbox"/> Odškodné za chirurgický zákrok			
<input type="checkbox"/> Pripoistenie vážnych chorôb			
<input type="checkbox"/> Pripoistenie vážnych chorôb bez ochranných lehôt			
<input type="checkbox"/> Oslobodenie od platenia poistného v prípade plnej invalidity			
<input type="checkbox"/> Oslobodenie od platenia v prípade plnej invalidity bez ochranných lehôt			
<input type="checkbox"/> Denná dávka v prípade dočasnej práceneschopnosti			
<input type="checkbox"/> Invalidita s výplatou poistnej sumy			
<input type="checkbox"/> Invalidita s výplatou poistnej sumy bez ochranných lehôt			
<input type="checkbox"/> Invalidita s výplatou dôchodku			
<input type="checkbox"/> Invalidita s výplatou dôchodku bez ochranných lehôt			
<input type="checkbox"/> Pripoistenie invalidity komplet			
<input type="checkbox"/> Pripoistenie invalidity komplet bez ochranných lehôt			
<input type="checkbox"/> Invalidita s klesajúcou poistnou sumou Doba poistenia rokov			
<input type="checkbox"/> Zlomeniny benefit program*	200	x	x
<input type="checkbox"/> Denné odškodné za pobyt v nemocnici na ARO/JIS*	10	x	x
<input type="checkbox"/> Výmena kĺbov následkom úrazu**	3.000/1.500	x	x

Rozšírené krvné testy***	50	x	x
Dentálna hygiena****	50/200	x	x
Vážne choroby IN SITU*****	50% sumy Pripoistenie vážnych chorôb	x	x
Smrť pri dopravnej nehode*****	2 násobok sumy Dočasné pripoistenie pre prípad smrti a/ alebo Dočasné pripoistenie pre prípady smrti s klesajúcou poistnou sumou	x	x

Mesačné poistné za pripoistenia 1. poistenej osoby:	
Mesačné poistné za pripoistenia po zľave za súčet mesačného poistného pripoistení a frekvenciu platenia - Poistné za pripoistenia:	
Mesačné poistné za hlavnú sadzbu po zľave za frekvenciu:	
Celkové mesačné poistné:	
Dohodnutá splátka k úhrade:	

- * Ak ste označili minimálne tri z nasledovných pripoistení: Smrť následkom úrazu, Denné odškodné za pobyt v nemocnici, Trvalé následky úrazu, Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením 350 %, Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením 500 %, Odškodné za chirurgický zákrok, Vážne choroby, vznikol poistenému nárok na pripoistenie „Zlomeniny benefit program“ a „Denné odškodné za pobyt v nemocnici na ARO/JIS“.
- ** Ak ste označili minimálne tri z nasledovných pripoistení: Smrť následkom úrazu, Denné odškodné za pobyt v nemocnici, Trvalé následky úrazu, Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením 350 %, Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením 500 %, Odškodné za chirurgický zákrok a Vážne choroby a zároveň Poistná suma na Smrť akúkoľvek v hlavnom riziku je min. vo výške 10 000 Eur a viac, vznikol poistenému nárok na pripoistenie „Výmena kĺbov následkom úrazu“.
- *** Ak ste v poistnej zmluve dojednali poistnú sumu v hlavnom poistnom krytí pre prípad akejkoľvek smrti vo výške 5 000,00 Eur a viac vznikol poistenému nárok na pripoistenie „Benefit rozšírené krvné testy“.
- **** Ak ste v poistnej zmluve dojednali pripoistenie „Odškodné za chirurgický zákrok“ s dojednanou poistnou sumou 3 000,00 Eur a viac, vznikol poistenému bezplatný nárok na „Benefit dentálna hygiena“.
- ***** Ak ste v poistnej zmluve dojednali „Pripoistenie vážnych chorôb“, vzniká poistenému nárok na pripoistenie „Benefit vážne choroby IN SITU“.
- ***** Ak ste v poistnej zmluve dojednali pripoistenie „Dočasné pripoistenie pre prípad smrti“ a/alebo „Dočasné pripoistenie pre prípad smrti s klesajúcou poistnou sumou“ vzniká poistenému nárok na pripoistenie „Benefit smrť pri dopravnej nehode“.

D. POISTNÉ OBDOBIE A SPÔSOB PLATENIA POISTNÉHO				
<input type="checkbox"/> ročne <input type="checkbox"/> polročne <input type="checkbox"/> štvrťročne <input type="checkbox"/> mesačne (nie je možné platiť poštovým peňažným poukazom)				
Poistné obdobie sa začína vždy v deň zhodný s dňom v dátume začiatku poistenia.				
Druh platby:	inkaso z účtu platiteľa <input type="checkbox"/> IU	bezhotovostne bez avíza <input type="checkbox"/> KN	bezhotovostne s avízom <input type="checkbox"/> KZ	poštový peňažný poukaz <input type="checkbox"/> PZ
Oprávnená osoba alebo osoby na plnenie v prípade smrti 1. poistenej osoby (meno, priezvisko, rodné číslo, prípadne podiel na plnení), resp. právnická osoba (obchodný názov, IČO): <input type="checkbox"/> Osoba (osoby), resp. právnická osoba: <input type="checkbox"/> Osoba (osoby) v zmysle § 817 Občianskeho zákonníka				
Poistník si želá automatickú dynamizáciu <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie		Zľavy: <input type="checkbox"/> za výšku mesačného poistného <input type="checkbox"/> za výšku poistnej sumy		

Pre toto poistenie platia príslušné ustanovenia zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník, v znení neskorších predpisov, Všeobecné poistné podmienky pre životné poistenie č. 723, Osobitné poistné podmienky pre pripoistenie asistenčných služieb č. 1120, Osobitné poistné podmienky pre pripoistenia smrť akákoľvek č. 892, Osobitné poistné podmienky pre pripoistenie smrti s lineárne klesajúcou poistnou sumou č. 882, Osobitné poistné podmienky pre pripoistenie úrazu, práceneschopnosti a invalidity bez ochranných lehôt č. 839, Osobitné poistné podmienky pre pripoistenie úrazu, práceneschopnosti a invalidity č. 840, Osobitné poistné podmienky pre invaliditu s klesajúcou poistnou sumou č. 1130, Osobitné poistné podmienky pre pripoistenie denného odškodného za pobyt v nemocnici bez ochranných lehôt č. 856, Osobitné poistné podmienky pre pripoistenie denného odškodného za pobyt v nemocnici č. 857, Osobitné poistné podmienky pre pripoistenie pre prípad dočasnej PN č. 874, Osobitné poistné podmienky pre pripoistenie chirurgického zákroku č. 838, Osobitné poistné podmienky pre pripoistenie vážnych chorôb bez ochranných lehôt č. 846, Osobitné poistné podmienky pre pripoistenie vážnych chorôb č. 847, Osobitné poistné podmienky pre pripoistenie onkologických chorôb bez ochranných lehôt č. 926, Osobitné poistné podmienky pre pripoistenie onkologických chorôb č. 927, Osobitné poistné podmienky pre pripoistenie vážnych chorôb dieťaťa č. 930, Osobitné poistné podmienky pre pripoistenie denné odškodné za čas nevyhnutného liečenia úrazu č. 1111 a Rozsah nárokov a zmluvné dojednania pre rizikové životné poistenie – S7 BEZSTAROSTNÝ ŽIVOT_06. Neoddeliteľnou súčasťou tejto poistnej zmluvy je Zdravotný dotazník, bod D., Dotazník k poistnej zmluve, bod E., Súhlas so spracúvaním osobných údajov k poistnej zmluve, bod F., Zdravotný dotazník pre dieťa, bod G., každé na samostatnom tlačíve, ktoré treba podpísať zástupcom poisťovne, poistníkom, poisteným, resp. zákonným zástupcom poisteného.

Poistné za prvé poistné obdobie je splatné v deň začiatku poistenia. Poistné za ďalšie poistné obdobia sú splatné vždy v prvý deň dojednaného poistného obdobia. Poistenie môže zaniknúť aj výpoveďou poistníka alebo poisťovne do dvoch mesiacov od uzavretia poistnej zmluvy. Výpovedná lehota je osemdeň a jej uplynutím poistenie zanikne.

E. SÚHLAS S ELEKTRONICKOU KOMUNIKÁCIOU

Poistník týmto zároveň žiada poisťovňu a súhlasí s tým, aby mu poisťovňa doručovala korešpondenciu elektronickou formou (formou emailu alebo SMS) a to za podmienok uvedených v „Podmienky k udeleniu súhlasu s elektronickou komunikáciou“, ktoré sú súčasťou návrhu PZ. Poistník zároveň súhlasí s tým, že dochádza k doplneniu elektronickej formy komunikácie medzi ním a poisťovňou, a to nad rámec príslušných Všeobecných

poistných podmienok alebo iných podmienok platných pre jeho poistné zmluvy uzatvorené s poisťovňou.

E-mail (povinný údaj):

Telefónne číslo:

☐ áno, dávam súhlas

☐ nie, nedávam súhlas

☒ **Pre udelenie súhlasu s elektronickou komunikáciou platia Podmienky k udeleniu súhlasu s elektronickou komunikáciou.**

PREHLÁSENIE POISTNÍKA

1. Poistník svojím podpisom prehlasuje, že:

- bol s dostatočným časovým predstihom pred uzatvorením poistnej zmluvy písomne oboznámený s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatváraného poistenia prostredníctvom Dokumentu o dôležitých zmluvných podmienkach uzatváraného poistnej zmluvy;
- bol s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poistnej zmluvy písomne oboznámený vo vzťahu k poistnej zmluve s informáciami o jednotlivých zložkách poistného, a to prostredníctvom Informačného formulára k neživotnému poisteniu a životnému poisteniu bez odkupnej hodnoty;
- bol oboznámený so znením Všeobecných poistných podmienok poistenia, Osobitných poistných podmienok a Rozsahu nárokov a zmluvných dojednaní pre rizikové životné poistenie – S7 BEZSTAROSTNÝ ŽIVOT, ktoré sa vzťahujú na poistenie dojednané touto poistnou zmluvou (ďalej spolu aj ako „Poistné podmienky“) a ktoré spolu s dokumentmi uvedenými v bode a) a v bode b):

☐ prevzal v tlačenej podobe pri podpise tejto poistnej zmluvy;

☐ pred uzatvorením tejto poistnej zmluvy mu boli na základe ustanovenia § 788 ods. 3 zákona č. 40/1964 Zb. v znení neskorších predpisov, oznámené a sprístupnené na webovom sídle poisťovne www.kooperativa.sk vo formáte pdf, s možnosťou jeho následného stiahnutia alebo tlače;

d) úplne a pravdivo odpovedal na všetky otázky týkajúce sa dojednávania poistenia, vrátane odpovedí v zdravotných dotazníkoch, podľa tejto poistnej zmluvy a je oboznámený s povinnosťami v priebehu trvania poistenia bez zbytočného odkladu oznámiť poisťovní všetky prípadné zmeny v týchto údajoch;

- V prípade, ak poistník a poistená osoba nie sú totožné osoby, poistník alebo oprávnená osoba prehlasuje, že má oprávnenie poskytnúť poisťovní osobné údaje poisteného alebo oprávnenej osoby na účely uzatvárania, správy a plnenia tejto poistnej zmluvy podľa zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
- Poisťovňa informuje poistníka a poisteného, že osobné údaje spracúva v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) (ďalej len „Nariadenie“), a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Poistník prehlasuje, že sa oboznámil s informáciami o spracúvaní jeho osobných údajov podľa Nariadenia vrátane informácií o jeho právach. Zároveň berie na vedomie, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť aj na webovej stránke poisťovne.

Podpis poistníka

Dojednaním pripoistenia ONKO poistený na toto riziko prehlasuje, že mu neboli diagnostikované nasledovné choroby alebo poškodenia: malígne tumory (napr. rakovina, leukémia), kožné lézie (napr. rastúce alebo krvácajúce kožné znamienka, vyžadujúce ich lekárske sledovanie) alebo infekcie HIV, zápalové ochorenie čriev (Crohnova choroba alebo ulcerózna kolitída), polycystické ochorenie obličiek, polypóza hrubého čreva, Lynchov syndróm, azbestóza alebo chronická hepatitída alebo cirhóza pečene, HIV/AIDS.

Podpis poisteného (resp. zákonného zástupcu maloletého poisteného)

Dátum uzavretia poistenia

Podpis poistníka (v prípade firmy, osoba oprávnená konať)

Podpis 1. poistenej osoby

Meno a podpis obchodného zástupcu poisťovne (čitateľne)

Podpis 2. poistenej osoby (resp. zákonného zástupcu maloletého poisteného)

Podpis 3. poistenej osoby (resp. zákonného zástupcu maloletého poisteného)

Podpis 4. poistenej osoby (resp. zákonného zástupcu maloletého poisteného)

Podpis 5. poistenej osoby (resp. zákonného zástupcu maloletého poisteného)

Podpis 6. poistenej osoby (resp. zákonného zástupcu maloletého poisteného)

Podpis 7. poistenej osoby (resp. zákonného zástupcu maloletého poisteného)

Podpis 8. poistenej osoby (resp. zákonného zástupcu maloletého poisteného)

Súčasťou tohto návrhu sú aj priložené návrhy poistenia pre: ☐ 2. poistenú osobu ☐ 3. poistenú osobu ☐ 4. poistenú osobu ☐ 5. poistenú osobu ☐ 6. poistenú osobu ☐ 7. poistenú osobu ☐ 8. poistenú osobu