Kooperativa
VIENNA INSURANCE GROUP

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 Okres. súdu BA I., odd.: Sa, vložka 79/B

2220-9270000000

Číslo návrhu		Číslo poistnej zmluvy	
927 9000058			
Získateľ 1	Podiel	Získateľ 2	Podiel
2530115832			
E-mail získateľa		Telefón získateľa	

NÁVRH POISTNEJ ZMLUVY PRE ÚRAZOVÉ POISTENIE – PRODUKT

☒ U7 ☐ U8 ☐ U17 ☐ U18

A. POISTNÍK / POISTENÝ (ak nie je poistená iná osoba)

Priezvisko / Názov firmy	Meno, titul	Rodné číslo / IČO
OBEC KUČÍN		00 3 2 7 5 0 0

Číslo OP	Povolanie – oblasť podnikania (špecifikovať – zamestnaný, nezamestnaný, SZČO)	Stav	Štát	Štát. prísl.
		SC	SC	SR

Miesto narodenia	Priemerný čistý mesačný príjem

Adresa trvalého bydliska – ulica, číslo	PSČ	Miesto – dodacia pošta
KUČÍN 77	09421	N. HRABOVEC
Adresa pre korešpondenciu – ulica, číslo	PSČ	Miesto – dodacia pošta

Názov peňažného ústavu	Číslo účtu v tvare IBAN

Mobilný telefón/telefonický kontakt	E-mail

B. POISTENÝ (ak je iný ako poistník)

Priezvisko	Meno, titul	Rodné číslo
SVETLANA	TURTÁKOVÁ	[illegible]

Číslo OP	Povolanie – oblasť podnikania (špecifikovať – zamestnaný, nezamestnaný, SZČO)	Stav	Štát	Štát. prísl.

Miesto narodenia	Priemerný čistý mesačný príjem

Adresa trvalého bydliska – ulica, číslo	PSČ	Miesto – dodacia pošta
KUČÍN 54	09421	N. HRABOVEC
Mobilný telefón/telefonický kontakt		E-mail

C. OBSAH POISTENIA

Začiatok poistenia	Koniec poistenia, koniec platenia poistného
01.06.2018	NEURČITO

Poistená činnosť

☐ všetky činnosti zaradené do rizikovej skupiny 1 až 1

☒ pracovná činnosť ☐ mimopracovná činnosť

KOORDINÁTOR – POMOCNÝ

v rizikovej skupine 1 v rozsahu ..... hod./ .....

V prípade skupinového úrazového poistenia (U8, U18), je potrebné priložiť k návrhu predmetnej poistnej zmluvy aktuálny zoznam poistených osôb.

Druh poistenia	Poistná suma (ročný dôchodok denné odškodné) v EUR	Zľava v %	Mesačné (jednorazové) poistné v EUR
☒ Smrť následkom úrazu	5.000,-		0,55
☒ Trvalé následky úrazu	5.000,-		4,65
☒ Čas nevyhnutného liečenia úrazu *alebo*	3.000,-		2,91
☐ Denné odškodné za čas pracovnej neschopnosti v dôsledku úrazu *alebo*			-
☐ Denné odškodné za pobyt v nemocnici v dôsledku úrazu			-
☐ Invalidita násl. úrazu s výplatou dôchodku *alebo*			-
☐ Invalidita násl. úrazu s výplatou poistnej sumy			-
Mesačné (jednorazové) poistné celkom:			5,11
Celkové lehotné poistné, resp. jednorazové poistné po zľave ..... % **za počet poistených osôb (len pre U8, U18),** po zľave ..... % **za spôsob platenia poistného (len pre U7, U8),** po zľave ..... % **za vek poisteného:**			

Poistné obdobie a spôsob platenia poistného:

☐ 1 – ročne ☐ 4 – štvrťročne

☐ 2 – polročne ☒ 6 – mesačne

V prípade označenia inej ako ročnej platby poistného poistník súhlasí s tým, že poistné za celé poistné obdobie bude splatné v príslušnom počte splátok. Pri ročnej platbe poistného je poistné splatné v prvý deň poistného obdobia. V prípade splatnosti poistného za celé poistné obdobie v splátkach sú jednotlivé splátky poistného splatné v prvý deň každého zvoleného obdobia, pričom prvým dňom sa rozumie deň, ktorého číselné označenie je zhodné so začiatkom poistného obdobia.

Druh platby:

☐ **IU** – inkaso z účtu platiteľa

☒ **KN** – bezhotovostne bez avíza

☐ **KZ** – bezhotovostne s avízom

☐ **PZ** – poštový peňažný poukaz

Variabilný bonus

.....

z mesačnej sadzby za hlavné riziko

Od začiatku tohto poistenia sa ruší poistná zmluva číslo:

.....

PRÁVO NA PLNENIE za trvalé následky úrazu, čas nevyhnutného liečenia, plnú invaliditu a práceneschopnosť má poistený. Právo na výplatu plnenia za úmrtie poisteného má osoba alebo osoby (meno, priezvisko, rodné číslo alebo dátum narodenia, prípadne podiel na plnení), resp. právnická osoba (obchodný názov, IČO):

☒ Osoba (osoby) v zmysle § 817 Občianskeho zákonníka

Pre toto poistenie platia príslušné ustanovenia zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov, Všeobecných poistných podmienok pre úrazové poistenie č. 808 a zmluvné dojednania v poistnej zmluve. Jednorazové poistné a poistné za prvé poistné obdobie je splatné v deň začiatku poistenia. Poistné na ďalšie poistné obdobia sú splatné vždy v prvý deň dojednaného poistného obdobia. Poistenie môže zaniknúť aj výpoveďou poistníka alebo poisťovne do dvoch mesiacov po uzavretí poistnej zmluvy. Výpovedná lehota je osemdenná a po jej uplynutí poistenie zanikne.

PREHLÁSENIE POISTNÍKA, POISTENÉHO, RESP. ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU MALOLETÉHO DIEŤAŤA

Poistník a poistený 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 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 VPP č. 808 a odstúpiť od poistnej zmluvy. Podpísaním návrhu 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**

Dátum	Podpis poistníka (v prípade právnickej osoby podpis osoby oprávnenej konať za právnickú osobu)	Podpis poisteného (zákonného zástupcu maloletého poisteného)
31.5.2017		

Vypĺňa poisťovňa

Návrh odoslaný dňa:	Prezentačná pečiatka	Taxoval:	Dňa:	Návrh prijatý dňa:
		Oceňoval:	Dňa:	

Nevybielené plochy vypĺňuje poisťovňa!

Poistník súhlasí, aby v súlade so znením článku 5 ods. 6 VPP č. 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 č. 808 a poistnú zmluvu vypovie:

31.5.2018 .....

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:

31.5.2018 .....

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

Poistník svojím podpisom prehlasuje, že si je vedomý povinnosti nahlásiť poistnú udalosť bez zbytočného odkladu po jej vzniku v zmysle článku 11 VPP č. 808, v opačnom prípade má spoločnosť KOOPERATIVA poisťovňa a.s. Vienna Insurance Group právo na zmluvnú pokutu vo výške uvedenej v tabuľke v zmysle článku 11 ods. 4 VPP č. 808.

31.5.2018 .....

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 (najneskôr od 23. 02. 2018 vo forme informačného dokumentu o poistnom produkte), ktorý prevzal od sprostredkovateľa poistenia.

31.5.2018 .....

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

Poistník svojím podpisom prehlasuje, že bol oboznámený a súhlasí s variabilným bonusom v zmysle článku 8 VPP č. 808, ktorý má vplyv na výšku poistného v priebehu trvania poistenia. Je si vedomý, že výška variabilného bonusu sa môže v súlade s VPP č. 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 č. 808 vypovedať poistnú zmluvu v prípade, ak s úpravou poistného z dôvodu zmeny variabilného bonusu nesúhlasí.

31.5.2018 .....

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 svojím 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 zmysle článku 8 ods. 4 Osobitných poistných podmienok pre pripoistenie úrazu, práceneschopnosti a invalidity v prípade, ak poisťovateľ jednostranne zmení Zásady a s touto zmenou nesúhlasí.

31.5.2018 .....

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

Poistník dáva svoj **súhlas** na spracovanie jeho osobných údajov v rozsahu meno, priezvisko, adresa, e-mail, 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

31.5.2018 .....

Dátum | Podpis poistníka

Poistník dáva poisťovni 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 sprostredkoval uzatvorenie tejto poistnej zmluvy. Na predmetný účel je poisťovňa oprávnená okrem iných spracovateľských operácií aj sprístupniť osobné údaje dotknutých osôb finančnému sprostredkovateľovi. Predmetný 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 predmetnou poistnou zmluvou. ☐ ÁNO ☒ NIE

31.5.2018 .....

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 a poisteného, že poisťovňa je oprávnená poveriť spracúvaním ich osobných údajov sprostredkovateľa. Ich aktuálny zoznam je uvedený na www.kooperativa.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.kooperativa.sk.

OBEC KUČÍN

31.5.2018 | ..... | ..... | .....

Dátum uzavretia poistenia | Podpis poistníka | Podpis poisteného (ak je iný ako poistník) | Meno a podpis zástupcu poisťovne **(čitateľne)**

Záznamy o dojednaní poistenia:

9270000000

ROZSAH NÁROKOV A ZMLUVNÉ DOJEDNANIA

Poistením sú kryté v plnom rozsahu iba pracovné a mimopracovné aktivity poisteného, zaradené do rizikovej skupiny uvedenej v poistnej zmluve, prípadne rizikovej skupiny nižšieho stupňa. Ak je v poistnej zmluve poistená činnosť špecifikovaná, poisťovňa plní iba za úrazy, ktoré sa stali pri vykonávaní tejto činnosti.

Poistený je povinný bezodkladne oznámiť poisťovni všetky zmeny počas poistenia, ktoré majú vplyv na jeho zaradenie do rizikovej skupiny. V prípade, že poistený utrpí úraz pri pracovnej alebo mimopracovnej činnosti, ktorá patrí do vyššej rizikovej skupiny, než bola dojednaná v poistnej zmluve, poisťovňa primerane zníži výšku plnenia.

Poisťovňa poskytne v prípade úrazu poisteného, ktorý sa stal počas doby poistenia, poistné plnenie z tých rizík, ktoré sú v poistnej zmluve dojednané (obsah poistenia).

V prípade smrti následkom úrazu vyplatí poisťovňa v zmysle Všeobecných poistných podmienok pre úrazové poistenie dohodnutú poistnú sumu pre prípad smrti následkom úrazu.

V prípade trvalých následkov úrazu, ktorý sa stal poistenému v dobe platenia poistného, vyplatí poisťovňa po ich ustálení a v súlade so Všeobecnými poistnými podmienkami pre úrazové poistenie príslušné percento z dojednanej poistnej sumy pre trvalé následky úrazu podľa tabuľky B v „Zásadách a tabuľkách pre hodnotenie telesných poškodení v úrazovom poistení" poisťovne KOOPERATIVA, a. s. Vienna Insurance Group (ďalej len „Zásady"), platných v čase vzniku úrazu.

V prípade úrazu poisteného v dobe trvania poistenia, ak čas, ktorý je podľa poznatkov vedy obvykle potrebný na zahojenie alebo ustálenie telesného poškodenia, je najmenej 15 dní, vyplatí poisťovňa podľa Všeobecných poistných podmienok pre úrazové poistenie za **čas nevyhnutného liečenia** príslušné percento z poistnej sumy pre čas nevyhnutného liečenia, zodpovedajúce priemernej dobe liečenia telesného poškodenia podľa tabuľky A v „Zásadách" platných v čase vzniku úrazu.

V prípade práceneschopnosti poisteného následkom úrazu, ktorý sa stal v dobe trvania poistenia, a ak táto práceneschopnosť trvala minimálne 7 dní, vyplatí poisťovňa za každý deň práceneschopnosti, maximálne však za dobu jedného roka, dojednanú sumu denného odškodného za práceneschopnosť v súlade so Všeobecnými poistnými podmienkami pre úrazové poistenie.

V prípade, ak hospitalizácia následkom úrazu presiahne 24 hodín, vyplatí poisťovňa denné odškodné od 2. dňa pobytu v nemocnici, maximálne za 360 dní v súlade so Všeobecnými poistnými podmienkami pre úrazové poistenie.

Ak bol poistenému v dobe trvania poistenia priznaný plný invalidný dôchodok zo sociálneho zabezpečenia výlučne v dôsledku úrazu, ktorý sa stal v dobe trvania poistenia, poisťovňa v súlade so Všeobecnými poistnými podmienkami pre úrazové poistenie v závislosti od dojednania v poistnej zmluve vyplatí v priebehu nasledujúcich piatich rokov vždy 1/5 dojednanej poistnej sumy pre prípad plnej invalidity (za predpokladu zotrvania plnej invalidity), alebo bude počas plnej invalidity vyplácať mesačne invalidný dôchodok. Invalidný dôchodok poisťovňa vypláca najdlhšie do výročného mesiaca začiatku výplaty invalidného dôchodku v roku, v ktorom sa poistený dožije 65 rokov. Poistenie plnej invalidity sa končí najneskôr vo výročný deň začiatku poistenia v roku, v ktorom sa poistený dožije 65 rokov. Poistenie sa vzťahuje iba na prvú poistnú udalosť.

2222-9270000000

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK ☐ U7 ☐ U8 K POISTNEJ ZMLUVE ☐ U17 ☐ U18

Číslo návrhu 927 90000 18

D. ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK – VŽDY VYPLŇUJE POISTENÁ OSOBA (resp. zákonný zástupca maloletého poisteného)

1. Trpíte alebo ste trpeli na nejakú chorobu, prípadne poruchu zdravia (napr. srdca, krvného tlaku, krvi, látkovej výmeny, tráviaceho traktu, dýchacích orgánov, žliaz, kostí, kĺbov, chrbtice, nervov, pečene, obličiek, pohlavných orgánov), resp. utrpeli ste niekedy úraz s dobou liečenia viac ako 2 týždne?	áno ☐	Uveďte - druh ochorenia: - liečba odkedy: - liečba dokedy: - súčasný stav, prípadne komplikácie: - úraz / postihnutá časť tela: - liečba odkedy: - liečba dokedy: - súčasný stav, prípadne komplikácie: Zanechal úraz trvalé následky? Ak áno, aké?	nie ☒
2. Boli ste niekedy v minulosti liečený(á), operovaný(á) alebo vyšetrovaný(á) v nemocnici, sanatóriu alebo v liečebnom ústave?	áno ☐	Kedy? Prečo? Kde?	nie ☒
3. Boli ste liečený(á) ožarovaním alebo chemoterapiou?	áno ☐	Kedy? Prečo? Kde?	nie ☒
4. Boli u Vás zistené chorobné zmeny – odchýlky od normy (napr. EKG, krvný tlak, röntgen, laboratórne vyšetrenia), infekcia HIV, prípadne príznaky oslabenej imunity?	áno ☐	Aké? Kedy?	nie ☒
5. **Máte** telesnú vadu, poruchu, zdravotný problém (napr. deformácia chrbtice, následky úrazu alebo detskej obrny), poruchy zraku alebo sluchu? (V prípade poruchy zraku uviesť počet dioptrií. V prípade poruchy sluchu doložiť aktuálny audiogram.)	áno ☐	Akú(ý)? Odkedy?	nie ☒
6. Ste invalidný dôchodca?	áno ☐	Druh invalidného dôchodku: ☐ čiastočný (pokles vykonávať zárobkovú činnosť je 70 % a menej) Odkedy, pre aké ochorenie, resp. následky úrazu? ☐ plný (pokles vykonávať zárobkovú činnosť je viac ako 70 %) Odkedy, pre aké ochorenie, resp. následky úrazu?	nie ☒
7. Užívate alebo ste užívali **pravidelne** lieky (napr. na srdce, cukrovku, proti vysokému tlaku, na štítnu žlazu, proti bolesti, na upokojenie)?	áno ☐	Aké lieky (názov)? Odkedy - dokedy? Pre aké ochorenie? Adresa zdravotníckeho zariadenia a meno lekára, ktorý liečbu stanovil:	nie ☒
8. Ste v súčasnosti práceneschopný?	áno ☐	Pre aké ochorenie alebo úraz? Odkedy?	nie ☒
9. Ste v súčasnosti v pravidelnej lekárskej či psychoterapeutickej opatere, alebo sa liečite na akútne ochorenie alebo úraz?	áno ☐		nie ☒
10. Požívate alebo ste požívali **pravidelne** alkohol? Podrobili ste sa liečbe v súvislosti s užívaním alkoholu?	áno ☐	Druh (pivo, víno, tvrdý alkohol): Koľko denne? Liečba odkedy – dokedy: Abstinencia od (mesiac a rok):	nie ☒
11. Užívate alebo ste užívali drogy alebo iné návykové látky? Podrobili ste sa liečbe v súvislosti s užívaním drog a iných návykových látok?	áno ☐	Aké? Kedy? Liečba odkedy – dokedy: Abstinencia od (mesiac a rok):	nie ☒
12. Fajčíte?	áno ☐	Ako dlho? Čo (cigarety, cigary, fajku)? Koľko denne? ks	nie ☒
13. Stavba tela:		Vaša výška 160 cm Vaša hmotnosť 93 kg ☒ pravák ☐ ľavák	
14. Ošetrujúci **lekár súčasný a tiež predošlý**, pokiaľ ku zmene došlo v priebehu posledného roka, ktorý je najlepšie informovaný o Vašom zdravotnom stave.		Meno a priezvisko lekára, adresa zdravotníckeho zariadenia/ambulancie (názov, ulica, číslo, PSČ, obec – dodacia pošta): MUDr. PODPALIN, HRABOVEC	

E. DOTAZNÍK K POISTNEJ ZMLUVE – VYPLŇUJE POISTENÁ OSOBA (resp. zákonný zástupca maloletého poisteného)

1. Ste pri výkone povolania alebo vo voľnom čase vystavený(á) zvýšenému nebezpečenstvu (napr. vplyv explozívnych alebo zdraviu škodlivých látok, pobyt v nebezpečných oblastiach, práca vo výškach nad 4 m, práca so silnoprúdom, účasť na súťažiach - futbal, hokej, hádzaná a pod., potápanie hlbšie ako 25 m, parašutizmus, horolezectvo, paragliding, extrémne športy, resp. profesionálny šport)?	áno ☐	Akému? Aké súťaže? V akom rozsahu?	nie ☒
2. Ste už poistený(á) pre prípad smrti, úrazu alebo invalidity?	áno ☐	Uveďte druh poistenia, výšku poistnej sumy a poisťovňu: Smrť (poistná suma): Úrazy (poistná suma): Invalidita (poistná suma): Poisťovňa:	nie ☒
3. Odložila, odmietla alebo vypovedala Vám v minulosti niektorá poisťovňa poistenie?	áno ☐	Ktorá poisťovňa? Aké poistenie? Prečo?	nie ☒

31.5.2018
Dátum uzavretia poistenia

OBEC KUČÍN 1
Podpis poistníka

Podpis poisteného (ak je iný ako poistník)

Kooperativa
KOOPERATIVA poisťovňa, a.s., 1
KANCELÁRIA VRANOV NAD TOPĽOU
M.R. Štefánika 2427, 093 01 Vranov nad Topľou

Meno a podpis zástupcu poisťovne (čitateľne)

5-160-17-5 1,2,3/3