UNIQA

Centrum voľného času Včielka Púchov
Došlo dňa: 24.7.2020 | Registratívna značka: LP1
Podacie číslo: 346/20 | Skartačný znak: 5
Prílohy: 3 | Vybavuje: Stojčelová

Úraz & Starostlivosť
úrazové poistenie

Návrh

Oblasť 30 000

Zodpovedajúce okienka označte krížikom, údaje vyplňte paličkovým písmom.

Číslo návrhu **8100076995**

☒ Nová poistná zmluva
☐ Zmena exist. zmluvy

Nákladové číslo

Získateľské číslo 9 9 6 0 0 5 3

POISTNÍK/platiteľ poistného

Je poistník súčasne poistenou osobou P1? ☐ áno ☐ nie — *Ak áno, vyplňte len údaje pre P1*

Poistník			
Priezvisko, meno, titul/názov[1] **Centrum voľného času**	RČ/IČO[1] **36128546**	Štát.prísl. **SR**	Kat.kl.
Meno a funkcia osoby konajúcej v mene práv. osoby [1]			
Trvalý pobyt/ulica, č.d. **Športovcov 904/4**	PSČ **020 01**	Miesto/štát **Púchov**	
Korešp.adr v SR/ulica, č.d.	PSČ	Miesto	
Tel.číslo	E-mail	Dátum narodenia	

[1] *Ak je poistníkom právnická osoba uveďte jej názov, IČO, meno a funkciu osoby konajúcej v jej mene*

PRVÁ POISTENÁ OSOBA

údaje o preukaze totožnosti (označené hviezdičkou) vyplňte len ak je poistená osoba P1 zároveň poistníkom

P1			
Priezvisko, meno, titul	RČ	Štátna príslušnosť	
Trvalý pobyt/ulica, č.d.	PSČ	Miesto/štát	
Korešp.adr v SR/ulica, č.d.	PSČ	Miesto	
Tel.číslo	E-mail	Riz. činnosť [2]	
Súčasné zamestnanie		Kód zamest.	Nebezpeč. skup.
Záujmová činnosť/šport (navštevuje šport.triedu: ☐ áno ☐ nie; registrácia v šport.klube: ☐ áno ☐ nie; súťaží pravidelne: ☐ áno ☐ nie)			

DRUHÁ POISTENÁ OSOBA (vyplňte v prípade rodinného poistenia)

P2			
Priezvisko, meno, titul	RČ	Štátna príslušnosť	
Trvalý pobyt/ulica, č.d.	PSČ	Miesto	
Tel.číslo	E-mail	Riz. činnosť [2]	
Súčasné zamestnanie		Kód zamest.	Nebezpeč. skup.
Záujmová činnosť/šport	(registrácia v šport.klube: ☐ áno ☐ nie; súťaží pravidelne: ☐ áno ☐ nie)		

SPOLUPOISTENÉ DETI (vyplňte v prípade rodinného poistenia)

Kód zamest. **388** | Nebezpeč. skup. **dieťa**

P3	Priezvisko, meno	RČ	Riz. činnosť [2]
	Záujmová činnosť/šport (navštevuje šport.triedu: ☐ áno ☐ nie; registrácia v šport.klube: ☐ áno ☐ nie; súťaží pravidelne: ☐ áno ☐ nie)		
P4	Priezvisko, meno	RČ	Riz. činnosť [2]
	Záujmová činnosť/šport (navštevuje šport.triedu: ☐ áno ☐ nie; registrácia v šport.klube: ☐ áno ☐ nie; súťaží pravidelne: ☐ áno ☐ nie)		

[2] *Riziková činnosť (napr. silné žiarenie, výbušniny, potápanie, rýchlostné preteky, súkromné a športové lety, parašutizmus, paragliding, rogalo, bungee-jumping, extrémne športy, účasť na športových súťažiach a pod.)*

POISTENÁ SKUPINA (vyplňte v prípade skupinového úrazového poistenia)

S1		
Počet osôb : **17**	☐ Bez uvedenia mien	☒ S uvedením mien *(zoznam poistených musí byť priložený k návrhu PZ)*
Počet osôb celkom[3]: **17**	☐ Pre určitú skupinu	☒ Pre všetkých zamestnancov / členov definovanej skupiny
Čísla ostatných návrhov:		
Presné označenie vykonávanej činnosti (prac. zaradenie) / činnosti spolku (druh športu) / poistenej činnosti alebo podujatia **Denný tábor/**		

[3] *Počet osôb zo všetkých návrhov poistníka*

Získateľ (priezvisko, meno)	Identifikačné číslo získateľa	Kontakt na získateľa (tel. číslo, e-mail)
Allrisk s.r.o. Monika Valášková	*79960053*	*0903420858 valaskova@allrisk.sk*

mk. 24.7.2020

Číslo návrhu

8 1 0 0 0 7 6 9 9 5

Úrazové poistenie **Úraz & Sta**

ÚDAJE O POISTENÍ

Platenie poistného

IBAN je štandardný medzinárodný formát čís

Platenie (bežne):	☐ Ročne	☐ Polročne	☐ Štvrťročne	☒ Jednorazovo	Číslo účtu - IBAN *(poistníka)*:
Spôsob platenia:	☒ Trvalý príkaz	☐ Inkaso	☐ Príkaz na úhradu	☐ Pošt.poukážka	

Doba trvania poistenia

Začiatok poistenia / účinnosť zmeny poistenia [4]:	**27. 07. 2020**	**Poistná doba**[5]:		rokov	**5**	dní ☐ Neurčito

Koniec poistenia sa určuje z poistnej doby. Pokiaľ je poistná doba určená v celých rokoch, deň a mesiac dátumu konca poistenia sa zhoduje s dňom a mesiacom začiatku poistenia a rok konca poistenia je daný súčtom roku začiatku poistenia a poistnej doby. Trvanie krátkodobého poistenia vyplýva z poistnej doby, pričom začiatok poistenia je prvým dňom poistnej doby. Poistnú dobu „neurčito" je možné dojednať v dlhodobom skupinovom úrazovom poistení.

[4] *V prípade, ak v návrhu PZ nie je uvedený začiatok poistenia/účinnosť zmeny poistenia, alebo ak je tento dátum zhodný s dátumom prevzatia návrhu alebo tomuto dátumu predchádza, za začiatok poistenia/účinnosti zmeny poistenia sa považuje nultá hodina dňa nasledujúceho po dni prevzatia návrhu poistiteľom, resp. najbližší možný nasledujúci dátum účinnosti pri zmene poistenia.*

[5] *Poistná doba sa dojednáva na počet dní pri krátkodobom skupinovom ÚP a na počet rokov alebo na neurčito pri dlhodobom skupinovom ÚP*

Typ poistenia *(označte vždy len jednu možnosť)*

1. Individuálne úrazové poistenie pre

☐ Dospelých *(24-h. krytie)* ☐ Dospelých *(pracovný čas)* ☐ Seniorov *(24-h. krytie)* ☐ Deti a mládež *(24-h. krytie)*
☐ Rodinné 100/75/50 *(24-h. krytie)* ☐ Rodinné 100/50/25 *(24-h. krytie)*

2. Skupinové úrazové poistenie pre

☐ Dospelých *(24-h. krytie)* ☐ Dospelých *(pracovný čas)* ☐ Spolky a záujmové združenia ☐ Deti a mládež *(24-h. krytie)* ☐ Deti v MŠ, žiakov ZŠ a SŠ

3. Krátkodobé skupinové úrazové poistenie pre

☐ Dospelých *(24-h. krytie)* ☐ Dospelých *(vymedzený čas)* ☐ Deti a mládež *(24-h. krytie)* ☒ Deti v MŠ, žiakov ZŠ a SŠ

Poistné sumy pre poistenú skupinu S1: ☒ Pevné poistné sumy

☐ - násobok hrubého ročného príjmu poistených *(pre trvalé následky úrazu a smrť úrazom)* € Výška celkového hrubého ročného príjmu poistených

Tarifa: **R K 3 2** ☐ **Indexácia poistenia** *(každoročná úprava poistného a poistných súm v zmysle poistných podmienok)*

Poistné sumy a poistné pre poistenú osobu P1, S1

	Kód	Názov poistenia	Poistná suma (€)	Riziková prirážka	Ročné poistné (€) na krytie rizika [6]
ÚRAZOVÉ poistenia	800	**Trvalé následky úrazu:** s progresiou [7]: ☒ bez ☐ 350 % ☐ 500 %	**10 000,-**		**4,00**
	810	**Smrť úrazom**	**3 000,-**		**1,20**
	821	**Denné odškodné:** s plnením od [7]: ☐ 1.dňa ☒ 10.dňa	**7,-**/deň		**14,00**
	830	**Nemocničné odškodné**	/deň		
	840	**Úrazová hospitalizácia (Bolestné)** [8]			
	850	**Úrazové náklady**			
	861	**Euroochrana** [8]			
	870	**U-plus servis** [9,10]	/deň		
	871	**Zlomeniny kostí u detí** [9,11]			
	881	**Drobné úrazy** [8,9]	***podľa ZD ÚP***		**2,50**
	890	**Zachraňovacie náklady** [8]	**10 000,-**		**5,00**
	900	**Čas nevyhnutného liečenia**	**1 000,-**		**5,00**
	910	**Kozmetické operácie**			
Ročné poistné na krytie rizík (pre všetky poistené osoby):					**512,04**
Ročné/Jednorazové[12] **poistné na krytie rizík** (pre poistené osoby vrátane prirážky za poistnosť):					**51,20**
Daň z poistenia (8%):					**4,10**
Súčet splátok za rok (vrátane prirážky za poistnosť a dane z poistenia):					
Poistné za poistné obdobie (vrátane dane z poistenia), **splátka poistného:** (jednorazová)					**55,30**

[6] *ročné poistné na krytie rizika pre jednu osobu alebo rodinu;*

[7] *ak nie je označená žiadna z možností, považuje sa požadované: "bez progresie" (Trvalé následky úrazu), resp. "plnenie od 10. dňa" (Denné odškodné);*

[8] *uvedené poistenie je dojednávané, iba ak je preň uvedené ročné poistné na krytie rizika a toto je započítané do "Ročného poistného na krytie rizík";*

[9] *výška a/alebo nárok na poistné plnenie sú uvedené v Zmluvných dojednaniach pre úrazové poistenie (ZD ÚP);*

[10] *vzťahuje sa na poistenú osobu P1-P4;*

[11] *vzťahuje sa na poistené osoby P1, P3 - P4;*

[12] *jednorazové poistné v prípade krátkodobého poistenia;*

dojednania

ZAZNAMENANÉ VYJADRENIA POISTNÍKA

Súhlasy s marketingovou komunikáciou

☐ Udeľujem výslovný súhlas, s použitím mojich kontaktných informácií v rozsahu meno a priezvisko, bydlisko, e-mailová adresa a mobilné telefónne číslo za účelom telefonického oslovovania s ponukami poistných produktov a iných produktov a služieb spoločnosti UNIQA poisťovňa, a.s. alebo ich zmeny.

☐ Udeľujem výslovný súhlas, s použitím mojich kontaktných informácií v rozsahu meno a priezvisko, bydlisko, e-mailová adresa a mobilné telefónne číslo za účelom zasielania ponúk poistných a iných produktov a služieb tretích strán, ktoré UNIQA poisťovňa, a.s. sprostredkúva.

Súhlas/y udeľujem na dobu trvania zmluvného vzťahu medzi mnou a UNIQA poisťovňou, a.s. a 5 rokov po jeho ukončení alebo do odvolania súhlasu.

☒ Odmietam používanie mojich kontaktných informácií pre účely priameho marketingu elektronickou poštou, v zmysle zákona č. 351/2011 Z.z. o elektronických komunikáciách v platnom znení.

Informácie o spracúvaní osobných údajov

Poistiteľ získava a spracúva vyššie uvedené osobné údaje na základe súhlasu. Súhlas udeľujem dobrovoľne, pričom beriem na vedomie, že každý z udelených súhlasov môžem kedykoľvek odvolať písomne, resp. zaslaním e-mailu alebo listu na kontaktnú adresu poistiteľa, ústne na pobočke poistiteľa alebo telefonicky, a to bez akýchkoľvek nákladov a následkov vo vzťahu k existujúcim alebo budúcim zmluvným vzťahom medzi mnou a poistiteľom.

Odvolaním súhlasu však nie je dotknutá zákonnosť spracúvania mojich osobných údajov vychádzajúca z udeleného súhlasu pred jeho odvolaním. Po odvolaní súhlasu poistiteľ zastaví akékoľvek spracovateľské činnosti týkajúce sa osobných údajov spracúvaných na základe súhlasu. Odvolanie tohto súhlasu však neznamená, že by poistiteľ musel zmazať osobné údaje, ktoré spracúva pre účel plnenia zmluvy uzatvorenej so mnou alebo na základe iného právneho titulu.

Informácie o ďalších právach dotknutej osoby

Mám právo požadovať od poistiteľa prístup k mojim osobným údajom, ich prenos k inému prevádzkovateľovi, opravu alebo výmaz, prípadne obmedzenie spracúvania.

Poistiteľ poskytuje podrobné informácie o právach dotknutých osôb a možnostiach, ako ich uplatniť v osobitnom dokumente a takisto na webových stránkach poistiteľa www.uniqa.sk/osobneudaje.

Automatizované rozhodovanie

Osobné údaje, ktoré je poistiteľ oprávnený spracúvať na základe tohto môjho súhlasu, nebudú použité pre účely rozhodovania výlučne na báze automatizovaného spracovania ani profilovania.

Sprostredkovatelia a príjemcovia osobných údajov, prenos osobných údajov do tretích krajín

Spracúvanie mojich osobných údajov vykonáva poistiteľ, osobné údaje však pre poistiteľa môžu spracúvať aj vybraní sprostredkovatelia, ktorých aktuálny zoznam je uvedený na webových stránkach poistiteľa www.uniqa.sk/osobneudaje. Každý sprostredkovateľ musí poskytovať dostatočné a vierohodné záruky technického a organizačného zabezpečenia ochrany vyššie uvedených osobných údajov. Spracúvanie vyššie uvedených osobných údajov sa vykonáva v technicky aj fyzicky zabezpečených elektronických informačných systémoch.

Prístup k osobným údajom môžu mať spoločnosti zo skupiny UNIQA, ďalej môžu byť osobné údaje za určitých podmienok sprístupnené štátnym orgánom (súdom, polícii, notárom, orgánom finančnej správy, Národnej banke Slovenska a pod. v rámci výkonu ich zákonných právomocí) alebo ich poistiteľ môže priamo poskytnúť iným subjektom v rozsahu stanovenom osobitným predpisom. Aktuálny zoznam príjemcov osobných údajov je uvedený na webových stránkach poistiteľa www.uniqa.sk/osobneudaje.

Osobné údaje môžu byť prenášané na spracovanie v rámci Európskej únie, resp. Európskeho hospodárskeho priestoru (napr. sprostredkovateľom, zaisťovniam alebo spoločnostiam zo skupiny UNIQA). V súlade s právnymi predpismi môžu byť osobné údaje prenášané aj do krajín mimo Európskej únie, resp. Európskeho hospodárskeho priestoru.

Kontaktné údaje prevádzkovateľa a dozorného orgánu

V prípade pochybností o dodržiavaní povinností súvisiacich so spracúvaním mojich osobných údajov sa môžem obrátiť na zodpovednú osobu alebo priamo na poistiteľa alebo so sťažnosťou na Úrad na ochranu osobných údajov Slovenskej republiky, so sídlom Hraničná 12, 820 07 Bratislava 27, (email: statny.dozor@pdp.gov.sk, http://dataprotection.gov.sk).

VYHLÁSENIA POISTNÍKA A POISTENÉHO

Poistený svojím podpisom **potvrdzuje**, že spĺňa všetky podmienky poistiteľnosti v zmysle Všeobecných poistných podmienok pre úrazové poistenie - 2016. Poistený **súhlasí**, aby poistiteľ podľa potreby zisťoval jeho zdravotný stav, ako aj ďalšie informácie potrebné pre určenie podmienok pre dojednanie, zmenu alebo pokračovanie poistenia, ako aj na určenie nárokov vyplývajúcich z poistenia. Poistený **splnomocňuje** poistiteľa k jednaniu s príslušnými inštitúciami (lekári, nemocnice, iné zdravotnícke zariadenia a pod.) a v prípade potreby zbavuje tieto inštitúcie povinnosti zachovávať mlčanlivosť, ak je to možné.

Číslo návrhu

8100076995

Úrazové poistenie Úraz & Sta

Poistník/poistený svojím podpisom **potvrdzuje**, že všetkým otázkam v tomto návrhu porozumel a všetky ním pos vyhlásenia, odpovede, ostatné a osobné údaje sú pravdivé, aktuálne a úplné. V prípade, ak pri jednotlivých otázkach, resp. s možnosťou voľby „áno" alebo „nie", nie je vyplnená kolónka „áno" a zároveň nie je vyplnená kolónka „nie", platí ako odp „nie". Svojim podpisom **potvrdzujem**, že mi bol riadne v dostatočnom časovom predstihu pred uzavretím poistnej zmluvy (ď len „návrh") obchodným zástupcom Poistiteľa (osobou sprostredkujúcou poistný produkt) poskytnutý Informačný dokum príslušnom poistení (IPID) vypracovaný v súlade so smernicou Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/97 a Vykonáva nariadením Komisie (EÚ) 2017/1469 tak, aby som mohol prijať informované rozhodnutie o uzavretí poistnej zmluvy.

Svojim podpisom **potvrdzujem**, že pred podpisom tohto návrhu som bol zo strany poistiteľa zrozumiteľne a podrobne oboznámený so všetkými údajmi platnými pre dané poistenie v zmysle § 792a Občianskeho zákonníka v znení platnom v čase podpisu návrhu PZ, a to prostredníctvom návrhu PZ, ako aj všeobecných poistných podmienok, oceňovacích tabuliek a zmluvných dojednaní (ďalej len „podmienky"), ktorými sa poistenie dojednané podľa tohto návrhu riadi a súhlasím s nimi; uvedené podmienky tvoria neoddeliteľnú súčasť poistnej zmluvy. Svojim podpisom **potvrdzujem** pravdivosť, aktuálnosť a úplnosť všetkých údajov vrátane osobných údajov uvedených v návrhu **a žiadam** o uzatvorenie/zmenu poistenia v rozsahu tohto návrhu. Zároveň **potvrdzujem** v čase pred podpisom návrhu poistnej zmluvy prevzatie písomných podmienok alebo ich prevzatie elektronickou poštou. **Beriem na vedomie**, že podmienky v písomnej forme sú k dispozícii na verejne dostupnej internetovej stránke Poistiteľa www.uniqa.sk, ako aj na pobočkách, resp. obchodných miestach Poistiteľa.

Poistník svojím podpisom **potvrdzuje, že súhlasí** s prípadnou úpravou rozsahu poistenia, výšky bežného alebo jednorazového poistného, resp. poistnej sumy maximálne o 1% v dôsledku elektronického spracovania dát, resp. v dôsledku ocenenia rizík bez toho, aby túto úpravu poistiteľ s ním prejednal. Poistka zaslaná poistníkovi s takto upraveným rozsahom poistenia sa nepovažuje za protinávrh poistiteľa.

Na úrazové poistenie dojednané týmto návrhom sa vzťahujú Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie - 2016.

OCHRANA OSOBNÝCH ÚDAJOV VYHLÁSENIE POISTNÍKA/ POISTENÝCH

Beriem na vedomie, že UNIQA poisťovňa, a.s. a jej sprostredkovatelia spracúvajú v zmysle nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 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) moje osobné údaje v rozsahu stanovenom v poistnej zmluve v rámci činností v sektore poistenia a činností súvisiacich s poisťovacou a zaisťovacou činnosťou, a to po dobu nevyhnutne potrebnú na zabezpečenie práv a povinností vyplývajúcich zo zmluvného vzťahu založeného na základe poistnej zmluvy. Spracúvanie mojich osobných údajov je v súlade s článkom 6 ods. 1 písm. b) všeobecného nariadenia o ochrane osobných údajov potrebné na plnenie tejto poistnej zmluvy. **Beriem na vedomie**, že moje osobné údaje môžu byť poskytnuté aj iným subjektom podnikajúcim v oblasti poistenia, zaistenia a bankovníctva. **Vyhlasujem, že** za účelom uzavretia tejto poistnej zmluvy som pri poskytnutí svojich osobných údajov Poistiteľovi UNIQA poisťovňa, a.s. bol/a dostatočne a zrozumiteľne **informovaný/á** o svojich právach vyplývajúcich zo spracúvania mojich osobných údajov, o prenose mojich osobných údajov do tretích krajín, o povinnosti osobné údaje poskytnúť v súvislosti so zákonnými alebo zmluvnými požiadavkami, ako aj o ďalších relevantných skutočnostiach obsiahnutých v dokumente označenom ako "Informácie o podmienkach spracúvania osobných údajov", ktorého jedno vyhotovenie som osobne alebo elektronickou poštou prevzal/a. **Beriem na vedomie**, že aktuálna verzia dokumentu "Informácie o podmienkach spracúvania osobných údajov" je dostupná na ktoromkoľvek zastúpení UNIQA poisťovňa, a.s. a na webovom sídle www.uniqa.sk.

Poistník zároveň **vyhlasuje**, že pred odoslaním návrhu poistnej zmluvy a/alebo aktualizovaného menného zoznamu, oboznámil poistené osoby, ktoré prihlásil do poistenia, s dokumentom poistiteľa „Informácie o podmienkach spracúvania osobných údajov", tento dokument dal poisteným osobám k dispozícii a informoval ich, že aktuálnu verziu dokumentu nájdu na stránke www.uniqa.sk.

Poistník/poistený svojím podpisom potvrdzuje pravdivosť všetkých údajov uvedených v návrhu a žiada o uzatvorenie/zmenu poistenia v rozsahu tohto návrhu.

SANKČNÁ KLAUZULA

Bez ohľadu na všetky ostatné ustanovenia tejto poistnej zmluvy, poskytne poistiteľ poistnú ochranu a poistné plnenie alebo iné plnenie z poistnej zmluvy iba v prípade, ak takýto postup nie je v rozpore so žiadnymi ekonomickými, obchodnými alebo finančnými sankciami a/alebo embargami Bezpečnostnej rady OSN, Európskej únie alebo akýmikoľvek ustanoveniami vnútroštátnej legislatívy či legislatívy Európskej únie, ktorá sa uplatňuje na účastníkov poistného vzťahu založeného touto poistnou zmluvou. Toto ustanovenie sa vzťahuje aj na ekonomické, obchodné alebo finančné sankcie a/alebo embargá vydané Spojenými štátmi americkými alebo inými krajinami, pokiaľ nie sú v rozpore s legislatívou Európskej únie alebo vnútroštátnou legislatívou vzťahujúcou sa na účastníkov poistného vzťahu založeného touto poistnou zmluvou. Ustanovenia tejto sankčnej klauzuly sa vzťahujú rovnako aj na zaistné zmluvy.

CENTRUM VOĽNÉHO ČASU
Športovcov 904/9, 020 01 Púchov
IČO: 36 128 546

V **Púchove** dňa **24.7.2020**

..... Podpis poistníka

..... Podpis P1, P2, P3,P4 resp. jeho/ich zákonného zástupcu*

** za poisťované neplnoleté deti podpisuje návrh poistnej zmluvy vždy ich zákonný zástupca. V prípade, ak majú deti rôznych zákonných zástupcov, uveďte na ktoré dieťa sa podpis zákonného zástupcu vzťahuje. Ak zákonný zástupca nie je poistníkom ani poisteným, uveďte čitateľne aj jeho meno a priezvisko, rodné číslo alebo dátum narodenia (ak rodné číslo nie je pridelené), trvalú adresu, štátnu príslušnosť, druh a číslo preukazu totožnosti.*

VYHLÁSENIE POISTITEĽA

Vyhlasujem, že som ako zástupca Poistiteľa zaznamenal na základe informácií poistníka jeho požiadavky a potreby, finančnú situáciu, ako aj jeho skúsenosti a znalosti týkajúce sa poistenia. Na základe týchto informácií vyhlasujem, že poistný produkt, ktorý má záujem uzatvoriť poistník je pre poistníka vhodný.

Potvrdzujem prevzatie tohto návrhu na uzavretie/zmenu poistnej zmluvy menom UNIQA poisťovne, a.s. Poistná zmluva vznikne/zmení sa doručením oznámenia o prijatí návrhu Poistiteľom klientovi v lehote dvoch mesiacov odo dňa prevzatia návrhu.

UNIQA
Farská 22
949 01 NITRA
IČO: 36 541 401
DIČ:2021576040

V **Púchove** dňa **24.7.2020**

..... Za poistiteľa návrh prevzal

ver. 5.5.1

Vysvetlivky: **PZ** - *Poistná zmluva*; **OZ** - *Občiansky zákonník*; **Z.z.** - *Zbierka zákonov*; **NBS** - *Národná banka Slovenska*; **EÚ** - *Európska unia*