

POISTNÁ ZMLUVA PRE ÚRAZOVÉ POISTENIE NEMENOVANÝCH OSÔB, PREPRAVOVANÝCH MOTOROVÝM VOZIDLOM

Spr 9/7 / 2014

KOMUNÁLNA poisťovňa

KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group

VIENNA INSURANCE GROUP

Štefánikova 8, 811 05 Bratislava
 IČO: 31 595 545; Obchod. reg. Okr. súdu Ba I, oddiel: Sa, vložka č.: 3345/B
 Číslo účtu v banke: 0178195386/0900; 1200222008/5600

4022901107

SP

Variabilný symbol

POISŤNÍK

Príezvisko, meno, titul / názov firmy: OKRESNÝ SÚD RUŽOMBEROK

Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / sídlo: Dončova 8., Ružomberok

Korešpondenčná adresa (ulica, číslo domu, mesto), ak je iná ako adresa trvalého bydliska: _____

Dátum narodenia: _____ Rodné číslo / IČO: 3 5 9 | 9 | 5 | 5 | 9 | 9 | Statutárny zástupca: JUDr. Janka Majerčíková

Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa): Okresný súd Ružomberok

PSČ: 0 3 4 0 1 Kontaktný telefón: 0444322390

PSČ: _____ Telefón do práce: _____

Štátna príslušnosť: SK

POISTENÝ Nemenované osoby, prepravované motorovým vozidlom. **OPRÁVNENÉ OSOBY** V prípade smrti poisteného má právo na plnenie osoba v zmysle § 817, odstavec 2 a 3 Občianskeho zákonníka.

Začiatok poistenia: 2 | 3 | 0 | 5 | 2 | 0 | 1 | 4 Doba poistenia: neurčitá Interval poistenia (poistné obdobie): ročne polročne štvrtročne

Spôsob platenia: prevodom z účtu OPU č.: _____ prevodom z účtu č.: 7000161375/818 poštový peňažný poukaz inak: _____

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Smrť následkom úrazu SNU: 33193,92 EUR

Trvalé následky úrazu TNU: 33193,92 EUR

Lehotné poistenie: 59,75

Dotazník o pracovnej činnosti: autoškola poľnohospodárskych motorových vozidiel iné Prirážka: _____ %

Celkové poistenie: Lehotné 59,75 EUR Ročné 59,75 EUR

Záverace ustanovenia

Poistník a poistený v tejto poistnej zmluve prehlasujú, že odpovedajú úplne a pravdivo v súlade so svojimi znalosťami a v dobrej viere a uviedli všetky údaje. Poistený vyhlasuje, že súhlasí, aby poisťovateľ zisťoval a preveroval jeho zdravotný stav vo všetkých zdravotníckych zariadeniach, poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti a u všetkých lekárov. Títo splnomocňujú zástupcu poisťovateľa na právne účelové súvisiace s vyhotovením lekárskeho výpisov zo zdravotnej dokumentácie alebo k ich zapožičaniu za účelom vykonania prípadných zmien zo strany poisťovateľa a tiež k posúdeniu poistnej udalosti. Zároveň zavazujú mlčanlivosť voči poisťovateľovi všetkých lekárov v otázkach súvisiacich s jeho zdravotným stavom. Kópia tohto oprávnenia má fékú ísť platnosť ako originál.

Poistník v tejto poistnej zmluve prehlasuje, že mu poisťovateľ poskytol všetky informácie potrebné na uzavretie poistnej zmluvy a Zmluvnými dojednaniať dojednaného poistenia, voria neoddeliteľnú súčasť poistnej zmluvy.

leny, oprávnené osoby) zisťovať a spracováť v súlade so zákonom č. 8/2008 Z.z. o poisťovníctve na účely identifikácie, uzavierania poistných zmlúv, správy poistenia; ako aj na ďalšie zákonom stanovené účely.

Poisťovateľ a poistník sa dohodli, že ak je táto poistná zmluva označená v záhlaví ako náhrada poistnej zmluvy (poistných zmlúv), poistná zmluva (poistné zmluvy), uvedená v záhlaví ako nahradzovaná, zanikne v celom rozsahu v okamihu začiatku poistenia ohodnotného touto poistnou zmluvou. Súčasne bude nahradená touto poistnou zmluvou a podmienkami a dojednaniať, ktoré sa k nej vzťahujú.

Pre potreby dojednaného poistenia sa účet uvedený v poistnej zmluve považuje za kontaktný a v prípade, že počas trvania poistného vzťahu dôjde k zmene, je poistník povinný túto zmenu písomne oznámiť poisťovateľovi; prípadne nahlasíť formou originálneho potvrdenia banky číet iný. V prípade zneužitia účtu alebo nezrátovania zmeny účtu nenesie poisťovateľ zodpovednosť za prípadnú vzniknutú škodu.

Každá zo zmluvných strán môže poistnú zmluvu vypovedať do 2 mesiacov od jej uzavretia; vypovedná lehota je 8 dní. Jej uplynutím; poistná zmluva zanikne.

EH313611
 totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia (meno štátné): Mgr. Viera Franková
 svojím podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných; zodpovedám za správnosť uvedených údajov a v mene poistiteľa uzatváram poistnú zmluvu.

V RUŽOMBERKU dňa 2 | 3 | 0 | 5 | 2 | 0 | 1 | 4 2700101610

Záručný poisťovateľ: _____ evidénčné číslo sprostredkovateľa poistenia: _____ podpis sprostredkovateľa poistenia: _____

MOTOROVÉ VOZIDLÁ, KU KTORÝM SA POISTENIE DOJEDNÁVA <small>Ak je potrebné, pridať ďalšie zoznam motorových vozidiel podľa uvedených údajov.</small>	P.č.	Továrnská značka a typ	Počet sedadiel	Číslo motora / karosérie*	SPZ
	1	ŠKODA OCTAVIA	5	TMBCB21Z562258513	RK134AU
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				

Okresný súd RUŽOMBEROK
 p.č. pod..... hod..... 0,15

Došlo: 23 -05- 2014
 Koľko v hod.....krát.....prílohy.....
 Osobne podané Referent.....

FORMULÁR O PODMIENKACH UZAVRETIA POISTNEJ ZMLUVY A ZÁZNAM Z ROKOVANIA SPROSTREDKOVATEĽA POISTENIA S KLIENTOM PRED UZAVRETÍM ALEBO ZMENOU POISTNEJ ZMLUVY

vyhotovený v súlade s ust. § 37 ods. 3 zák. č. 8/2008 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov, v zmysle zák. č. 186/2009 Z. z. o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v zmysle zákona č. 297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „záznam“)

Meno a priezvisko / Obchodné meno finančného agenta, názov: **Mgr. Viera Franková** E-mail: **frankovav@kpas.com** Kontaktný telefón: **0903 47 00 34**

Trvalý pobyt (prechodný pobyt) / Miesto podnikania / Sídlo: **Komunálna poisťovňa, a.s. VIG., Dončova 27., 034 01 Ružomberok**

Právna forma (pri podnikajúcej osobe): **ROZ** Registračné číslo v Národnej banke Slovenska: **2700101610**

ktorý koná v mene spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, IČO: 31 595 545, (ďalej len „sprostredkovateľ poistenia“)

A. Meno a priezvisko osoby, ktorá sa informuje o možnostiach poistenia a finančných služieb

JUDr. Janka Majerčíková
Trvalý pobyt / Sídlo: **Hviezdoslavova 1847/1., 034 01 Ružomberok** Kontaktný telefón: **044/4322390**
Rodné číslo / Dátum narodenia: **726015/7751** Št. prísl.: **SK** Číslo bankového účtu*:
Identifikácia: Druh dokladu totožnosti: **OP** Číslo dokladu totožnosti: **EH313611**
Platný do: **19.12.2023** Vydaný kým: **Ružomberok**

B. Meno a priezvisko osoby, pre ktorú má byť uzatvorené poistenie

Obchodné meno, názov právnickej osoby, pre ktorú má byť uzatvorené poistenie: **Okresný súd Ružomberok**
Trvalý pobyt / Sídlo: **Dončova 8., 034 01 Ružomberok** Kontaktný telefón: **044 /4322390**
Rodné číslo / IČO: **35995599** Št. prísl.: **SK** Číslo bankového účtu*:
Identifikácia: Druh dokladu totožnosti: Číslo dokladu totožnosti:
Platný do: Vydaný kým:

Vzťah medzi osobou "A" a "B":
 rodinný príslušník iný spôsob → špecifikujte: →
 "A" je zamestnancom "B" spolujahiteľ

predsedkyňa okresného súdu

ktorý má v úmysle využiť, resp. využíva finančné a poisťovacie služby spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, (ďalej len „klient“)
spísali tento záznam o rokovaní sprostredkovateľa poistenia s klientom vo vzťahu k uzatvoreniu alebo k zmene poistnej zmluvy so spoločnosťou KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group.

Spôsob komunikovania poisťovne s klientom:
 klient sa aktívne ohlásil sám internet odporúčanie iný spôsob → špecifikujte: →
 obchodník - telefonický kontakt banka list poštou informačný leták - dotazník

Číslo poistnej zmluvy (v prípade že existuje), v ktorej má klient záujem vykonať zmenu: **crosseling**

KLIENT MÁ ZÁJEM DOJEDNÁŤ NASLEDOVNÚ FINANČNÚ SLUŽBU/POISTENIE, RESP. ZMENU V POISTNEJ ZMLUVE (bolo chco klient):

1. úrazové poistenie nemenovaných osôb prepravovaných MV
3. poistenie úrazu osôb

KLIENTOVÉ DŮVODY PRE VÝBER FINANČNÝCH SLUŽIEB POISŤOVNE, NA ZÁKLADE KTORÝCH SPROSTREDKOVATEĽ POISTENIA POSKYTUJE SVOJE ODPORÚČANIE PRE VÝBER DANÉHO POISTNÉHO PRODUKTU SPOJENÉHO S PREDPÍSAŤMI FIN.OPERÁCIAMI:

2. spolupráca s KPAS
4.

POISTNÉ RIZIKÁ - POPIS POISTENIA ALEBO SÚBORU POISTENÍ, KTORÉ MÔŽU BYŤ DOJEDNANÉ V POISTNEJ ZMLUVE (POISTNÝ PRODUKT) Z HĽADISKA POISTNÝCH RIZÍK:

5. smrť následkom úrazu, trvalé následky úrazu, plná invalidita následkom úrazu, ČNL

VŠEOBECNÁ CHARAKTERISTIKA POISTNÉHO PLNENIA Z POISTENIA ALEBO SÚBORU POISTENÍ, KTORÉ MÔŽU BYŤ DOJEDNANÉ V POISTNEJ ZMLUVE:

6. poisťovňa poskytne poistné plnenie zodpovedajúce primeraným nákladom na opravu alebo znovu zriadenie poškodenej veci v čase vzniku poistnej udalosti

ĎALŠIE VÝHODY, KTORÉ MÔŽU BYŤ DOJEDNANÉ V POISTNEJ ZMLUVE (POISTNÝ PRODUKT):

7.

KLIENT VÝSLOVNE ODMIELA VYUŽÍŤ NASLEDOVNÉ FINANČNÉ-POISTNÉ SLUŽBY (POISTNÝ PRODUKTY) AJ NAPRIEK UPOZORNENIU SPROSTREDKOVATEĽA POISTENIA NA MŮŽNOSŤ ICH VYUŽÍŤIA:

8. KŽP, IŽP, ÚP, CP

PREHLÁSENIE / POTVRDENIE

Klient svojím podpisom potvrdzuje správnosť a úplnosť tohto záznamu. Zároveň svojím podpisom potvrdzuje, že sa oboznámil so všetkými informáciami uvedenými na str. č. 3 a 4. tohto záznamu a že prevzal jeho kópiu. Na základe slobodnej voľby klienta je číslo pripravovanej poistnej zmluvy/poistného návrhu →

Bank voľné číslo predoberateľa a pripravovanej poistnej zmluvy: **4022 901 107**

Klient berie na vedomie, že tento záznam nie je návrhom na uzavretie poistnej zmluvy niektorej zo zúčastnených strán v zmysle príslušných občianskoprávných predpisov.
Klient zároveň berie na vedomie, že informácie nachádzajúce sa v tomto zázname poskytujú sprostredkovateľovi poistenia v zmysle zákona č. 186/2009 Z. z. o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve a že budú spracúvané v informačnom systéme sprostredkovateľa poistenia, resp. spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group.
Klient zároveň berie na vedomie, že jeho osobné údaje spracúva poisťovňa podľa § 10 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v spojení s § 47 zákona č. 8/2008 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
Klient prehlasuje, že mu boli vopred poskytnuté údaje v zmysle § 15 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov a bol ako dotknutá osoba poučený o svojich právach uvedených v § 28 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Zároveň berie na vedomie, že text poučenia je možné nájsť aj na webovej stránke poisťovne.

Sprostredkovateľ poistenia týmto vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že identifikoval a overil identifikáciu poistníka na základe jeho dokladu totožnosti (OP/pas).

v **Ružomberku** dňa **23.5.2014**
čas jednania (hod.:min.) **11.40 hod.**

Mgr. Viera Franková
Meno a priezvisko sprostredkovateľa poistenia / podpis (v prípade fin. agenta - makléra uveďte meno a priezvisko osoby zastupujúcej tohto makléra)

JUDr. Janka Majerčíková
Meno a priezvisko (paličkovým písmom)/podpis klienta

* vyplňovať len v prípade rokovania o možnosti uzavretia ZP
INŠTRUKCIA PRE SPROSTREDKOVATEĽA POISTENIA! Túto stranu formulára (strana 1/4) je potrebné vypísať vždy! (Tzn. pri rokovaní o možnosti uzavretia akéhokoľvek druhu poistenia.)

Okresný súd RUŽOMBEROK
p.č. pod.....hod:.....
Došlo: **23-05-2014**
Kolok v hodn.....krát.....prílohy.....
Osobne podané Referent.....

uzaviera

Dodatok č. ¹..... k poistnej zmluve č.

4022901107

s

Okresný súd RUŽOMBEROK
p.č. pod..... hod. 12.15
Došlo: 23-05-2014
Kolok v hodn.....krát.....prílohy.....
Osobne podané Referent.....

Poistník:

Titul, meno a priezvisko / obchodné meno: OKRESNÝ SÚD RUŽOMBEROK

Rodné číslo, resp. IČO: 35995599

Ulica, č. domu, obec: JONCOVA P, 05401 RUŽOMBEROK

Zmluvné strany sa dohodli na nasledovných zmenách s účinnosťou

od 23052014

1. Poistník podpisom Dodatku k poistnej zmluve dáva s ú h l a s na spracovanie osobných údajov v informačnom systéme poisťovateľa na účely priameho marketingu poisťovateľa (najmä informácie o novinkách, akciách a zľavách, ako aj o súťažiach, poistných produktoch, poskytovaných online službách a pod.) po dobu trvania poistného vzťahu:

ÁNO NIE

2. Poistník dáva v súlade s § 12 ods. 2 zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov s ú h l a s, aby osobné údaje získané touto poistnou zmluvou a v rozsahu tejto poistnej zmluvy poskytol poisťovateľ iným právnickým a fyzickým osobám podnikajúcim v poradenskej a/alebo sprostredkovateľskej činnosti v oblasti poisťovníctva, ostatným subjektom a združeniam týchto subjektov podnikajúcim v poisťovníctve, zmluvným partnerom poisťovateľa (zoznam zmluvných partnerov je uverejnený na www.kpas.sk), iným oprávneným subjektom, do iných členských štátov EÚ, v prípade ak to bude nevyhnutné na zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností z tejto zmluvy. Poistník prehlasuje, že uvedené údaje sú správne a pravdivé, zaväzuje sa každú zmenu bezodkladne oznámiť písomne poisťovateľovi. Poistník prehlasuje, že poistenie vyplývajúce z tejto poistnej zmluvy nemá uzavreté s iným poisťovateľom. V prípade, že by tak v budúcnosti vykonal, bezodkladne to oznámi poisťovateľovi.

3. Podpisom Dodatku k poistnej zmluve potvrdzuje, že prevzal nasledovné poistné podmienky, ktoré v plnom rozsahu nahrádzajú VPP a zmluvné dojednania doteraz platné pre vyššie uvedenú PZ:

VPP 1000-1, ROZSAH NĚKROV A SODĚONTNĚ

Ostatné skutočnosti uvedené v poistnej zmluve zostávajú nezmenené.

Poistník podpisom Dodatku k poistnej zmluve potvrdzuje, že obsah Dodatku mu je známy, s jeho obsahom súhlasí a na znak tohto Dodatku podpisuje.

v Koe, dňa 23.5.2014