

637015

# POISTNÁ ZMLUVA PRE ÚRAZOVÉ POISTENIE NEMENOVANÝCH OSÔB, PREPRAVOVANÝCH MOTOROVÝM VOZIDLOM

KOMUNÁLNA  
poisťovňa

VIENNA INSURANCE GROUP

KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s. 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; 120022008/5600

\_\_\_\_\_

333 1167594

SP

Variabilný symbol

POISTNÍK	Príezvisko, meno, titul / názov firmy Regionálny úrad verejného zdravotníctva		Muž <input checked="" type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/>	
	Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / sídlo Pribinova 95, Vranov nad Topľou		PSC 0 9 3 0 1 Kontaktný telefón _____	
	Korešpondenčná adresa (ulica, číslo domu, mesto), ak je iná ako adresa trvalého bydliska _____		PSC _____ Telefón do práce _____	
	Dátum narodenia _____	Rodné číslo / IČO 1 7 3 3 5 7 8 7	Štatutárny zástupca MUDr. Sládeková Valéria	Štátna príslušnosť SR
	Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa) RÚVZ, Pribinova 95, 093 01 Vranov nad Topľou			

<b>POISTENÝ</b>	Nemenované osoby, prepravované motorovým vozidlom.	<b>OPRAVNENÉ OSOBY</b>	V prípade smrti poisteného má právo na plnenie osoba v zmysle § 817, odstavce 2 a 3 Občianskeho zákonníka.
-----------------	--	------------------------	--

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

Spôsob platenia  
 prevodom z účtu OPU č.: \_\_\_\_\_  prevodom z účtu č.: \_\_\_\_\_  poštový peňažný poukaz  inak \_\_\_\_\_

<b>ÚRAZOVÉ POISTENIE</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Smŕť následkom úrazu	SNU	Poistná suma 33.193,92 EUR		Lehotné poistné 59,75
	<input checked="" type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu		TNU	33.193,92 EUR	

Dotazník o pracovnej činnosti  autoškola  požižovňa motorových vozidiel  iné      Prirážka \_\_\_\_\_ %

Celkové poistné      Lehotné 59,75 EUR      Ročné 59,75 EUR

**Záverečné ustanovenia**  
 Poistník a poistený v tejto poistnej zmluve prehlasujú, že odpovedali 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, poskytujúcich zdravotnú starostlivosť a u všetkých lekárov. Tiež splnomocňuje zástupcu poisťovateľa na právne úkony 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 zjavuje mlčanlivosť voči poisťovateľovi všetkých lekárov v otázkach súvisiacich s jeho zdravotným stavom. Kópia tohto oprávnenia má takú istú platnosť ako originál.  
 Poistník v tejto poistnej zmluve prehlasuje, že mu poisťovateľ poskytol všetky informácie potrebné na uzavretie poistnej zmluvy, oboznámil ho so všeobecnými poistnými podmienkami a Zmluvnými dojednaniami dojednávaneho poistenia. Všeobecné poistné podmienky a Zmluvné dojednania tvoria neoddeliteľnú súčasť poistnej zmluvy. Poisťovateľ bude údaje dotknutých osôb (poistník, poistený, oprávnené osoby) získavať a spracovávať 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 dohodnutého touto poistnou zmluvou. Súčasne bude nahradená touto poistnou zmluvou a podmienkami a dojednaniami, 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 nahlásiť formou originálneho potvrdenia banky účet iný. V prípade zneužitia účtu alebo neoznámenia 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.

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia (meno čitateľne) \_\_\_\_\_

v \_\_\_\_\_ o Vranove n. T.      dňa 21.10.2011

Záznamy poisťovateľa      evidénčné číslo sprostredkovateľa poistenia \_\_\_\_\_

P.Č.	Továrnska značka a typ	Počet sedadiel	Číslo motora / karosérie*	ŠPZ
1	Škoda Fábia Combi	5	TMBJY46Y043961106	VT878BG
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				