

Štefánikova 17, 811 05 Bratislava  
IČO: 31 595 545, DIČ: 2021097089, IČ DPH: SK7020000746  
Spoločnosť je členom skupiny registrovanej pre DPH, zapísaná v Obchodnom registri  
Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č. 3345/B (ďalej len „poistovňa“)

číslo návrhu  
poistnej zmluvy **4022 90 1242**

ziskateľské číslo  
sprostredkovateľa **315416**

<b>POISTNÍK</b>	Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko) / Názov firmy		Muž	Žena
	Regionálny úrad verejného zdravotníctva		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / Sídlo		PSC	Mobilný telefón/Tel. kontakt
	A.Mickiewicza 1730/6, Spišská Nová Ves		0 5 2 0 1	0911639010
	Korešpondenčná adresa (ulica, číslo domu, mesto), ak je iná, ako adresa trvalého bydliska		PSC	Priemerný čistý mesačný príjem
				EUR
	Dátum narodenia	<input type="checkbox"/> Rodné číslo / <input type="checkbox"/> IČO	Miesto narodenia	Štátna príslušnosť
	0 0 6 1 0 9 8 4		SR	
Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa)				
Regionálny úrad verejného zdravotníctva				
Zamestnanie - druh, funkcia, povolanie, typ pracovnej činnosti			E-mail	
Štátny orgán na ochranu, podporu a rozvoj verejného zdravia				

**POISTENÝ** Nemenované osoby prepravované motorovým vozidlom

V prípade smrti poisteného má právo na poistné plnenie (vyberte len jednu z možností 1., 2. alebo 3.)

1.  zatiaľ neurčujem (osoba/osoby v zmysle § 817 Občianskeho zákonníka)    2.  manžel/manželka     deti     rodičia

3.  osoba určená menom (vypíšte podrobne nižšie)     matka     otec

Povinné údaje sú: priezvisko, meno a rodné číslo (alebo dátum narodenia), resp. v prípade právnickej osoby názov, IČO (uved'te len v prípade, ak ste označili bod 3.)

	% z poist. plnenia

<b>ĎALŠIE DOJEDNANIA</b>	Začiatok poistenia	Doba poistenia
	0 6 0 5 2 0 1 6	neurčitá
	Spôsob platenia <input type="checkbox"/> príkazom z účtu č.: IBAN	
		SWIFT (BIC) kód banky
	<input checked="" type="checkbox"/> poštový peňažný poukaz <input type="checkbox"/> inak	
<input type="checkbox"/> prevodom z účtu OPU č.:		
Interval platenia (poistné obdobie)	<input checked="" type="checkbox"/> ročne <input type="checkbox"/> polročne <input type="checkbox"/> štvrtročne	

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

**DOTAZNÍKI**

autoškola     požičovňa motorových vozidiel     iné

Prirážka  %     EUR

**CELKOVÉ POISTNÉ**

Lehotné **59,75 EUR**    Ročné **59,75 EUR**

**MOTOROVÉ VOZIDLÁ, KU KTORÝM SA POISTENIE DOJEDNÁVA**  
Ak je potrebné, doložte ďalší zoznam uvádzajúci motorové vozidlá podľa uvedených údajov

P. č.	Továrnska značka a typ	Počet sedadiel	Číslo motora / karosérie*	EČV
1.	Škoda Rapid	5	TMBAB6NH8G4030527	SN397CS
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

**PEŇAŽNÝ ÚSTAV POISTOVNE:**

Prima banka Slovensko, a.s.  
SLSP, a.s.  
Tatra banka, a.s.

**ČÍSLO ÚČTU IBAN / SWIFT (BIC) KÓD BANKY:**

SK87 5600 0000 0012 0022 2008 / KOMASK2X  
SK28 0900 0000 0001 7819 5386 / GIBASKBX  
SK60 1100 0000 0026 2322 5520 / TATRSKBX

**Záverečné ustanovenia**

Poistník a poistený prehlasujú, že všetky jeho odpovede na písomné otázky poisťovateľa týkajúce sa poistenia sú pravdivé, úplné a pokiaľ neboli napísané jeho rukopisom, potvrdzuje, že ich overil(a) a sú pravdivé.

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 zbavuje mlčanlivosti voči poisťovateľovi všetkých lekárov v otázkach súvisiacich s jeho zdravotným stavom. Kópia tohto oprávnenia má takú istú platnosť ako originál.

Poistník podpísaním tohto návrhu záväzne potvrdzuje, že peňažné prostriedky použité na úhradu poistného sú jeho vlastníctvom a poistnú zmluvu uzatvára na vlastný účet.

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 neoznámenej zmeny účtu nenesie poisťovateľ zodpovednosť za prípadnú vzniknutú škodu.

Pre toto poistenie platia príslušné ustanovenia Občianskeho zákonníka, Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie (VPP 1000-4), rozsah nárokov a dojednaní, ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou poistnej zmluvy.

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

Poistník svojím podpisom potvrdzuje, že s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poistnej zmluvy bol písomne oboznámený s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatvárajúcej poistnej zmluvy prostredníctvom Formulára o dôležitých zmluvných podmienkach uzatvárajúcej poistnej zmluvy, ktorý prevzal. A zároveň potvrdzuje, že pred uzavretím poistnej zmluvy bol oboznámený so znením vyššie uvedených všeobecných poistných podmienok patriacich k tomuto poisteniu, ktoré následne aj prevzal v písomnej podobe.

Poistník podpisom poistnej zmluvy dáva súhlas 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 a poskytovaných online službách a pod.) po dobu trvania poistného vzťahu:  ÁNO /  NIE Poisťovňa informuje poistníka, že jeho osobné údaje spracúva podľa § 10 zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v spojení s § 78 zákona č. 39/2015 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Poistník v súlade s § 12 ods. 2 zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov dáva svoj súhlas, 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 poisťovne (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 poistnej zmluvy. Poistník 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 poisťovateľa.

Podpísaný spro: (meno čitateľne) \_\_\_\_\_  
údajov a v mene poisťovateľa uzatváram poistnú zmluvu.

odľa čísla OP alebo CP \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených

v

dňa

**KOMUNÁLNA POISTOVŇA**  
VIENNA INSURANCE GROUP

KOMUNÁLNA POISTOVŇA prostredkovateľa poistenia  
Vienna Insurance Group