

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 1243**

získateľské číslo  
sprostredkovateľa **315416**

POISTNÍK	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.Mickiewiczza 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	Rodné číslo / 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

**ĎALŠIE DOJEDNANIA**

Začiatok poistenia: 0 6 0 5 2 0 1 6    Doba poistenia: neurčitá

Spôsob platenia  príkazom z účtu č.: IBAN

poštový peňažný poukaz     inak

prevodom z účtu OPU č.:

Interval platenia (poistné obdobie)  ročne     polročne     štvrtročne

**ÚRAZOVÉ POISTENIE**

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

**DOTAZNÍK**

Dotazník o pracovnej činnosti

autoškola     požičovňa motorových vozidiel     iné

Prirážka:    %    EUR

**CELKOVÉ POISTNÉ**

Lehotné: 59,75 EUR    Ročné: 59,75 EUR

MOTOROVÉ VOZIDLÁ, KU KTORÝM SA POISTENIE DOJEDŇAVA Ak je potrebné, doložte ďalší zoznam uvádzajúci motorové vozidlá podľa uvedených údajov	P. č.	Továrenská značka a typ	Počet sedadiel	Číslo motora / karosérie*	EČV
	1.	SUZUKI IGNIS	5	TSMMHY51S00259426	SN525BE
	2.				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	7.				
	8.				

PEŇAŽNÝ ÚSTAV POISTOVNE:	ČÍSLO ÚČTU IBAN / SWIFT (BIC) KÓD BANKY:
Prima banka Slovensko, a.s. SLSP, a.s. Tatra banka, a.s.	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.

Podpis poistníka:   
 alebo CP: 

Podpísaný sprostredkovateľ (meno čitateľne)  
 údajov a v mene poisťovateľa uzatvára poistnú zmluvu.

v

dňa

KOMUNÁLNA POISTOVŇA  
 VIENNA INSURANCE GROUP  
 KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s.  
 Vienna Insurance Group

Štefánikova 17, 811 05 Bratislava podpis sprostredkovateľa poistenia

IČO: 48 59 44 10 ZČR SK7020000746 (54)