

Poistenie zodpovednosti za škodu spôsobenú prevádzkou motorového vozidla

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 „poisťovateľ“)

číslo poistnej zmluvy **1048045033**

ziskateľské číslo sprostredkovateľa **314755**

**A. Poistník**

Priezvisko / Názov firmy **Národné centrum zdravotníckych informácií**

Meno  Titul   Rodné číslo /  IČO **0 0 1 6 5 3 8 7**

Ulica **Lazaretská** Orientačné číslo **26** PSČ **8 1 1 0 9**

Obec **Bratislava 1** Mobilný telefón **0911933958**

Štatutárny orgán  E-mail **vladimir.sifra@nczisk.sk**

Číslo poistnej zmluvy

SWIFT (BIC)  IBAN (číslo účtu)

**B. Vlastník** (vyplňte vtedy, keď je odlišný od poistníka)

Rodné číslo /  IČO  Titul

Priezvisko / Názov firmy  Meno

Ulica  Orientačné číslo  PSČ

Obec  Telefón

**C. Držiteľ** (vyplňte vtedy, keď je odlišný od poistníka)

Rodné číslo /  IČO  Titul

Priezvisko / Názov firmy  Meno

Ulica  Orientačné číslo  PSČ

Obec  Telefón

**D. Vozidlo**

Séria a č. TP / č. osvedč. o evidencii **NB238263** Ev. č. / ŠPZ  Rok výroby **2018** Druh vozidla **A**

Továr. značka **ŠKODA** Typ **Fábia**

VIN / č. karosérie / č. podvozka **T M B J R 6 N J X J Z 1 1 7 6 4 5** Výkon motora **81** kW Objem valcov **999** cm<sup>3</sup>

Farba **Biela** Miesta na sedenie **5** Celková hmotnosť **1609** kg

**E. Poistné krytie**

|  |   |   |
|--|---|---|
| GARANT PLUS <input checked="" type="checkbox"/> s limitom poistného krytia | EUROGARANT PLUS <input type="checkbox"/> s limitom poistného krytia | Pripoistenie rozšírených asistenčných služieb (RAS)   |
| Škody na zdraví a pri úmrtí <b>5 000 000 EUR</b>                           | Škody na zdraví a pri úmrtí <b>5 000 000 EUR</b>                    | <input type="checkbox"/> ŠPECIÁL PLUS <input checked="" type="checkbox"/> Bez pripoistenia rozšírených asistenčných služieb |
| Škody na majetku a ušlom zisku <b>1 000 000 EUR</b>                        | Škody na majetku a ušlom zisku <b>2 000 000 EUR</b>                 | <input type="checkbox"/> OPTIMUM PLUS   |

**F. Doba platnosti poistenia**

Začiatok poistenia dňa         Od (hod:min)     Koniec poistenia dňa         Poistenie na dobu neurčitú

**G. Platenie poistného, poistné**

Produktové prirážky/zľavy R  M  N  S  Z

Poistná trieda SA1  SA2  SA3  SB1  SB2a  SB2b  SB3a  SB3b  SB4  SC  SD  SE  SF  SG1  SG2  SH  SI  SJ1  SJ2  SK1  SK2  SL11  SL12  SL2

Forma platenia  Zložka / Vklad. lístok Poistné je  bežné  Bonus Bonus  60,00 % Koeff. bonusu   ročne  štvrťročne  Prikaz k úhrade  jednorazové  Malus KOMBI   polročne  jednorazovo

Zľava za periodicitu platby  % Obchodná zľava  % Zľava za viac poistení  % Iná zľava  %

Ročné / Jednorazové poistné  EUR + Pripoistenie RAS  EUR = SPOLU Ročné / Jednorazové poistné  EUR Splátka poistného  EUR

**Peňažný ústav poisťovateľa:**

SLSP, a.s. = IBAN: SK28 0900 0000 0001 7819 5386, SWIFT (BIC): GIBASKBX

Tatra banka, a.s. = IBAN: SK60 1100 0000 0026 2322 5520, SWIFT (BIC): TATRSKBX

Prima banka Slovensko, a.s. = IBAN: SK87 5600 0000 0012 0022 2008, SWIFT (BIC): KOMASK2X

Poistné je bežné alebo jednorazové a je splatné prvého dňa poistného obdobia, ktorého začiatok sa zhoduje s dňom začiatku poistenia. Ak bolo dojednané platenie bežného poistného v polročných alebo štvrťročných splátkach, následná polročná alebo štvrťročná splátka poistného je splatná v deň po uplynutí technického polroka alebo štvrťroka od dňa zhodného s dňom začiatku poistenia, alebo v deň nasledujúci po poslednom dni obdobia, za ktoré bola uhradená predchádzajúca splátka.

Variabilný symbol = č. návrhu poisťovnej zmluvy

Konštantný symbol = 3558

**H. Ďalšie ustanovenia**

Poistník podpisom poisťovnej 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 súťažiacich, poistných produktoch, poskytovaných online službách a pod.) po dobu trvania poistného vzťahu:  ÁNO /  NIE. Poisťovateľ 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 (ďalej len „zákon č. 122/2013 Z. z.“) v spojení s § 78 zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon č. 39/2015 Z. z.“). Poistník dáva poisťovateľovi súhlas, aby po dobu nevyhnutnú na zabezpečenie výkonu práv a povinností, vyplývajúcich z tejto poisťovnej zmluvy jeho osobné údaje v rozsahu podľa § 78 zákona č. 39/2015 Z. z. poskytoval, sprístupňoval a cezhranične prenášal právnickým osobám podnikajúcim v poisťovníctve, právnickým a fyzickým osobám poskytujúcim služby finančného sprostredkovania a finančného poradenstva podľa osobitného predpisu. Poistník prehlasuje, že mu boli vopred poskytnuté údaje v zmysle § 15 zákona č. 122/2013 Z. z. a bol ako dotknutá osoba poučený o svojich právach uvedených v § 28 zákona č. 122/2013 Z. z. Zároveň berie na vedomie, že text poučenia je možné nájsť aj na webovej stránke poisťovateľa. Poistník prehlasuje, že poistenie vyplývajúce z tejto poisťovnej zmluvy nemá uzavreté s iným poisťovateľom. V prípade, že by tak v budúcnosti vykonal, bezodkladne to oznámi poisťovateľovi. Poistník prehlasuje, že údaje uvedené v tejto poisťovnej zmluve sú správne a pravdivé a zaväzuje sa každú zmenu bezodkladne oznámiť písomne poisťovateľovi. Poistník podpisom poisťovnej zmluvy prehlasuje, že bol s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poisťovnej zmluvy písomne oboznámený s obsahom poisťovnej zmluvy, so Všeobecnými poistnými podmienkami pre poistenie zodpovednosti za škodu spôsobenú prevádzkou motorového vozidla (technický rok) č. 705-9 (ďalej len „VPP 705-9“), ktoré tvoria neoddeliteľnú súčasť poisťovnej zmluvy, s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatváranéj poisťovnej zmluvy prostredníctvom Informačného dokumentu o poistnom produkte (ďalej len „IPID“) a tiež prehlasuje, že VPP 705-9 a IPID prevzal v písomnej podobe, alebo  že VPP 705-9 a IPID neprevzal v písomnej podobe, ale mu boli na základe jeho žiadosti zaslané e-mailom.

Uzavretá v

Bratislava

dňa

Podpis poistníka

VIENNA INSURANCE GROUP  
KOMUNÁRNA poisťovňa, a.s.  
Vienna Insurance Group  
Štefánikova 17/811 05 Bratislava  
IČO: 31 50 00 001  
Podpis zástupcu poisťovateľa

Držiteľ poisteného motorového vozidla prostredníctvom poistníka čestne prehlasuje, že počas predchádzajúcich 36 mesiacov spôsobil ako vodič akéhokoľvek MV uvedený počet rozhodných udalostí, ktoré zavinil alebo spoluzavinil: