



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 **4022902564**

získateľské číslo sprostredkovateľa **2400131860**

POISTNÍK	Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko) / Názov firmy		Muž	Žena
	INSPEKTORIAT PRÁCE TRENCÍN		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / Sídlo		PSC	Mobilný telefón/Tel. kontakt
	HODŽOVA 36		<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Korešpondenčná adresa (ulica, číslo domu, mesto), ak je iná, ako adresa trvalého bydliska		PSC	Priemerný čistý mesačný príjem
	HODŽOVA 36, TRENCÍN		91101	<input type="text"/> EUR
	Dátum narodenia	<input type="checkbox"/> Rodné číslo / <input checked="" type="checkbox"/> IČO	Miesto narodenia	Štátna príslušnosť
<input type="text"/>	3156146101	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa)				
<input type="text"/>				
Zamestnanie - druh, funkcia, povolanie, typ pracovnej činnosti				
<input type="text"/>				
E-mail				
<input type="text"/>				

POISTENÝ Nemenované osoby prepravované motorovým vozidlom

OPRÁVNENÉ OSOBY	V prípade smrti poisteného má právo na poistné plnenie (vyberte len jednu z možností 1., 2. alebo 3.)				
	1. <input type="checkbox"/> zatiaľ neurčujem (osoba/osoby v zmysle § 817 Občianskeho zákonníka)	2. <input type="checkbox"/> manžel/manželka	<input type="checkbox"/> deti	<input type="checkbox"/> rodičia	
	3. <input type="checkbox"/> osoba určená menom (vypíšte podrobne nižšie)		<input type="checkbox"/> matka	<input type="checkbox"/> otec	
	Povinné údaje sú: priezvisko, meno a rodné číslo (alebo dátum narodenia), resp. v prípade právnickej osoby názov, IČO (uvedte len v prípade, ak ste označili bod 3.)				
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	% z poist. plnenia	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

ĎALŠIE DOJEDNANIA	Začiatok poistenia	Doba poistenia
	18.03.2019	neurčitá
	Spôsob platenia <input type="checkbox"/> príkazom z účtu č.: IBAN	
	<input type="text"/>	
	SWIFT (BIC) kód banky <input type="text"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> poštový peňažný poukaz <input type="checkbox"/> inak <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> prevodom z účtu OPU č.: <input type="text"/>		
Interval platenia (poistné obdobie) <input checked="" type="checkbox"/> ročne <input type="checkbox"/> polročne <input type="checkbox"/> štvrťročne		

ÚRAZOVÉ POISTENIE	<input checked="" type="checkbox"/> Smrť následkom úrazu - SNU	Poistná suma 16596,96 EUR	Lehotné poistné 29,84 EUR
	<input checked="" type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu - TNU	16596,96 EUR	

DOTAZNÍK	Dotazník o pracovnej činnosti			Prirážka	<input type="text"/> %	<input type="text"/> EUR
	<input type="checkbox"/> autoškola	<input type="checkbox"/> požičovňa motorových vozidiel	<input type="checkbox"/> iné			

CELKOVÉ POISTNÉ	Lehotné	<input type="text"/> EUR	Ročné	<input type="text"/> 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.	VW COFFEE	3	WV1ZZZSY2K9054080	
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

PEŇAZNÝ 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 poisťovne 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 poisťovňa zisťovala a preverovala jeho zdravotný stav vo všetkých zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť a u všetkých lekárov. Tiež splnomocňuje zástupcu poisťovne na právne úkony súvisiace s vyhotovením lekárskeho výpisov zo zdravotnej dokumentácie alebo k ich zapožičaniu za účelom vykonania prípadných zmien zo strany poisťovne a tiež k posúdeniu poistnej udalosti. Zároveň zbavuje mlčanlivosti voči poisťovní 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.

Poisťovňa 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 poisťovní, prípadne nahlásiť formou originálneho potvrdenia banky účet iný. V prípade zneužitia účtu alebo neoznámenia zmeny účtu nenesie poisťovňa zodpovednosť za prípadnú vzniknutú škodu.

Pre toto poistenie platia príslušné ustanovenia Občianskeho zákonníka, Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie (VPP 1000-7), 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 uzatvárateľ poistnej zmluvy prostredníctvom Informačného dokumentu o poistnom produkte (IPID), 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.

V prípade, ak poistník a poistená osoba nie sú totožné osoby, poistník svojím podpisom prehlasuje, že má oprávnenie poskytnúť poisťovní osobné údaje poisteného na účely uzatvárania, správy a plnenia tejto poistnej zmluvy podľa zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Poisťovňa informuje poistníka, že osobné údaje spracúva v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) (ďalej len „Nariadenie“) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Poistník svojím podpisom prehlasuje, že sa oboznámil s informáciami o spracúvaní jeho osobných údajov podľa Nariadenia, vrátane informácií o jeho právach. Zároveň berie na vedomie, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť aj na webovej stránke poisťovne www.kpas.sk.

podpis poistníka

_____ ,
dňa čísla OP alebo CP

(meno citateľa)

_____ , svojim podpisom potvrdzuje
údajov a v mene poisťovne uzatváram poistnú zmluvu.

v _____

dňa 15/03/2019

S
iČO: _____