

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 902896**

ziskateľské číslo
sprostredkovateľa **301444**

POISTNÍK	Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko) / Názov firmy		Muž	Žena
	Regionálny úrad verejného zdravotníctva Vranov n.T.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / Sídlo		PSČ	Mobilný telefón/Tel. kontakt
	Pribinova 95, Vranov n. T.		0 9 3 0 1	
	Korešpondenčná adresa (ulica, číslo domu, mesto), ak je iná, ako adresa trvalého bydliska		PSČ	Priemerný čistý mesačný príjem
				EUR
	Dátum narodenia	<input type="checkbox"/> Rodné číslo / <input checked="" type="checkbox"/> IČO	Miesto narodenia	Štátna príslušnosť
	1 7 3 3 5 7 8 7		slovenská	
Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa)				
Zamestnanie - druh, funkcia, povolanie, typ pracovnej činnosti			E-mail	

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	Doba poistenia
	1 8 1 0 2 0 1 8	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		

ÚRAZOVÉ POISTENIE	<input checked="" type="checkbox"/> Smrť následkom úrazu - SNU	Poistná suma	Lehotné poistné
	<input checked="" type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu - TNU	33193,92 EUR	59,75 EUR
		33193,92 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 DOJEDNÁVA <small>Ak je potrebné, doložte ďalší zoznam uvádzajúci motorové vozidlá podľa uvedených údajov</small>	P. č.	Továrenská značka a typ	Počet sedadiel	Číslo motora / karosérie*	EČV
	1.	Mitsubishi Lancer	5	JMBLNCX1AHU001177	
	2.				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	7.				
	8.				

PEŇAŽNÝ ÚSTAV POISŤOVNE:	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 neoznámenia 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 svojim 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 s ú h l a s 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 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 s ú h l a s, 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
 _____ totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP

Mgr. Ivana Ovšianiková
 _____, svojim podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených údajov a v mene poisťovateľa uzatváram poistnú zmluvu.

v
 dňa

_____ podpis sprostredkovateľa poistenia