

Potvrdenie o poistení zodpovednosti č.: 349 1497797	Druh motorového vozidla OSOBNÉ	VIN (č. karosérie/podvozku) [REDAKOVANÉ]
Držiteľ motorového vozidla/vlastník motorového vozidla SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍČKA UNIVERZITA LIMBOVA 12 BRATISLAVA 00165361	Továrenská značka, typ RENAULT FLUENCE	Evidenčné číslo [REDAKOVANÉ]
Rodné číslo/IČO BRATISLAVA 00165361	Séria a číslo technického preukazu vozidla, technického osvedčenia vozidla alebo obdobného preukazu [REDAKOVANÉ]	Odtlačok pečiatky poisťovateľa [REDAKOVANÉ]
Miesto trvalého pobytu alebo dlhodobého pobytu/sídlo	Dátum vystavenia potvrdenia a podpis oprávnenej osoby 12.11.12	
Obchodné meno poisťovateľa Kooperativa VIENNA INSURANCE GROUP		
Sídlo KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava 1 IČO: 00 585 441, IČ DPH: SK2020527300 Registrácia: Obchodný register Okresného súdu Bratislava I, oddiel Sa, vložka 79/B		
Doba platnosti poistenia zodpovednosti 12.11.12 - 11.11.13		



KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group
Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava 1
IČO: 00 585 441, IČ DPH: SK2020527300
Registrácia: Obchodný register Okresného súdu Bratislava I, oddiel Sa, vložka 79/B

Číslo návrhu PZ
349 1497797

Číslo PZ

POISTNÁ ZMLUVA

POISTENIE ZODPOVEDNOSTI ZA ŠKODU SPÔSOBENÚ PREVÁDZKOU MOTOROVÉHO VOZIDLA

Pre toto poistenie platia príslušné ustanovenia Občianskeho zákonníka v znení neskorších právnych predpisov, zákona o povinnom zmluvnom poistení zodpovednosti za škodu spôsobenú prevádzkou motorového vozidla a o zmene a doplnení niektorých zákonov, všeobecné poistné podmienky a zmluvné dojednania, ktoré tvoria neoddeliteľnú súčasť tejto poistnej zmluvy

A. POISTNÍK/PLATITEĽ		Ide o: ☐ občana ☐ podnikajúcu fyzickú osobu ☐ právnickú osobu	
Meno, priezvisko, titul: (Názov firmy) SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍČKA		Štátna príslušnosť: ☐ SR ☐ INÁ	RC/IČO: 00165361
Adresa - ulica, č.d.: LIMBOVA 12	PSČ: 812007	Obec - dodacia pošta: BRATISLAVA	IČ DPH:
Tel. č., e-mail, mobil:		Korešpondenčná adresa - ulica, č.d., PSČ, mesto, tel. č.:	
Kód banky:	Bank. spojenie - názov peň. ústavu:	Predčísle:	Číslo účtu:
		Špecifický symbol:	

B. VŠEOBECNÉ ÚDAJE O POISTNEJ ZMLUVE

Začiatok poistenia: **12.11.12** o **09.00** hod. Koniec poistenia: **NEUČE**

Poistným obdobím je technický (poistný) rok.

C. ÚDAJE O PLATENÍ

Platenie:	☐ ročne ☐ polročne ☒ štvrťročne ☐ jednorazovo
Druh platenia:	☐ PZ - poštovým peňažným poukazom ☐ KZ - bezhotovostne a avízo ☐ KN - bezhotovostne bez avíza ☐ IU, IS - inkaso z účtu platiteľa
Poznámka: IU - inkaso z účtu platiteľa v prospech účtu 1029706001/1111 UniCredit Bank, a.s. IS - inkaso z účtu platiteľa v prospech účtu 0175126457/0900 Slovenská sporiteľňa	
Bežné poistné je splatné prvý deň príslušného poistného obdobia.	

D. LIMITY POISTNÉHO PLNENIA

Názov variantu poistenia:	☒ Základné poistenie ☐ S pripoistením
Limit pre	☐ Partner ☐ Europartner
škodu na zdraví alebo usmrtením	2 500 000 EUR 2 500 000 EUR
vecnú škodu, právne zastúpenie a ušlý zisk	700 000 EUR 2 000 000 EUR

E. ÚDAJE O VOZIDLE

Skupina vozidla: V823	Farba vozidla: BIELA	Rok výroby: 2012	Zdvihový objem: (cm ³)
Výkon motora: (kW) 11	Druh paliva: ☒ benzín ☐ nafta ☐ elektrina ☐ iné	Celková hmotnosť: (kg)	Počet miest na sedenie:

F. ZELENÁ KARTA

Číslo: **SK/007/349 1497797**

Zelená karta vydaná: ☐ áno ☐ nie Žiadam o zasielanie zelenej karty: ☐ áno ☐ nie

Mali ste už uzavreté poistenie zodpovednosti za škodu spôsobenú prevádzkou motorového vozidla (PZP): ☐ áno ☐ nie

a) v ktorej poisťovni b) kedy sa Vám skončilo, resp. končí toto poistenie

I. ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

Poistník prehlasuje,
a) že bol pred uzavretím poistnej zmluvy oboznámený s VPPZ č. 705 - poistenie zodpovednosti za škodu spôsobenú prevádzkou motorového vozidla a ďalej zmluvnými dojednania, ktoré tvoria neoddeliteľnú súčasť poistnej zmluvy, a tiež prehlasuje, že príslušné VPPZ č. 705 a Zmluvné dojednania prevzal v písomnej podobe;
b) že rovnaké poistenie zodpovednosti za škodu spôsobenú prevádzkou motorového vozidla nedojednal u iného poisťovateľa a zaväzuje sa podať bez zbytočného odkladu poisťovní KOOPERATIVA, a.s. Vienna

G. ÚDAJE O POISTNOM

Základné ročné poistné:	EUR
Základné ročné poistné po uplatnení kategorizácie (KOMBI):	EUR
Rozhodná doba v mesiacoch:	Bonus: % koef.:
Rozhodná doba v mesiacoch:	Malus: % koef.:
Zľava za spôsob platby:	% koef.:
Zľava za viac poistení:	
Č. návrhu PZ:	
Č. návrhu PZ:	% koef.:
Obchodná - akvizičná zľava:	% koef.:
Prirážky/zľavy:	
☐ dopravca osobnej, resp. nákladnej dopravy	koef.:
☐ autoškola ☐ taxislužba ☐ autopožičovňa	koef.:
☐ zľava pre dôchodcov nad 70 rokov a pre ZŤP (zdrav. ťažko postihnutých)	koef.:
☐ historické vozidlá (vyrobené do r. 1945)	koef.:
☐ vozidlo určené na prepravu nebezpečných vecí	koef.:
☐ vozidlo s právom prednostnej jazdy	koef.:
Výsledné ročné poistné:	EUR Výsl. koef.:
Lehotné poistné:	EUR
Lehotné poistné = Výsledné ročné poistné/spôsob platenia (polročne/2, štvrťročne/4)	

H. PRVÁ PLATBA POISTNÉHO

Lehotné/jednorazové poistné: **27,63** - EUR za obdobie od do

Bolo zaplatené ☐ v hotovosti na inkasný blok č.

☐ PZ - poštovým peňažným poukazom ☐ KN - bezhotovostne bez avíza

Insurance Group informáciu v prípade, že by s iným poisťovateľom takého poistenie v budúcnosti dojednal;
c) že za posledných 12 mesiacov nezavinil žiadnu dopravnú nehodu ☐ zavinil ☐ nezavinil,
d) že úplne a pravdivo odpovedal na všetky písomné otázky týkajúce sa dojednávania poistenia podľa tejto poistnej zmluvy a je oboznámený s povinnosťami v priebehu trvania poistenia bez zbytočného odkladu oznámiť poisťovní KOOPERATIVA, a.s. Vienna Insurance Group všetky prípadné zmeny v týchto údajoch.

V dňa

Podpis zástupcu poisťovne KOOPERATIVA, a.s.

Podpis poistníka

Registrácia - Okresný súd Bratislava I
oddiel Sa, vložka 79/B

CALL CENTRUM 0800 120 000
bezplatná infolinka
Centrálny dispečing škôd 0850 111 577
Za zahraničia 00421 (2) 5728 1670
hlásenie škôd na majetku a motorových vozidlách

180-PZ-P

Slovenská zdravotnícka univerzita
Limbová 12
833 03 Bratislava

Poistenie zodpovednosti za škodu spôsobenú prevádzkou motorového vozidla

Poistka číslo: 6 571 986 544

Verzia poisťnej zmluvy: 1

KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group

vydáva túto poisťku ako potvrdenie o uzatvorení poisťno-zmluvného vzťahu podľa návrhu poisťnej zmluvy číslo 3491497797 s účinnosťou od 12.11.2012 00:00.

Poistník: Slovenská zdravotnícka univerzita, Limbová 12, 833 03 Bratislava

Začiatok poisťovania: 12.11.2012 00:00

Koniec poisťovania: Neurčito

Variant: Partner plus

EČV/ŠPZ

Ročné poistné: 110,50 EUR

Lhotné poistné: 27,63 EUR

Poistné obdobie a spôsob platenia: technický rok/štvrtročne

Splátka prvého poistného za obdobie od 12.11.2012 do 12.02.2013 je vo výške 27,63 EUR.

V prípade úhrady poistného z Vášho účtu Vám ponúkame možnosť platiť na niektorý z našich nasledovných účtov:

VIN:

Splatnosť poistného: 12.11. , 12.02. ,
12.05. , 12.08.

Druh platby: KZ

V záujme čo najrychlejšieho vybavenia Vašej žiadosti sa obráťte na poradcu, ktorý s Vami poistenie dojednal alebo na adresu agentúry správy poisťných zmlúv:

KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group
Rajská 15/A, 815 20 Bratislava
Tel: 0800 120 000

Číslo Vašej poisťky budete predkladať pri uplatnení práva na poistné plnenie v prípade poisťnej udalosti, ako aj v ďalšom styku s poisťovňou. Maximálny limit plnenia z jednej škodovej udalosti je v prípade rizika škody na zdraví a nákladov pri usmrtení 5 000 000 EUR, bez ohľadu na počet zranených alebo usmrtených a v prípade rizika vecná škoda, právne zastúpenie a ušlý zisk 1 000 000 EUR, bez ohľadu na počet poškodených. Ak je súčet nárokov viacerých poškodených vyšší ako limit poistného plnenia, poistné plnenie sa každému z nich znižuje v pomere limitu poistného plnenia k súčtu nárokov všetkých poškodených.

Práva a povinnosti z poisťnej zmluvy sú uvedené vo Vašom návrhu poisťnej zmluvy v spojení s príslušnými všeobecnými poisťnými podmienkami, Zmluvnými dojednaniami prípadne ďalšími podmienkami a dojednaniami k poisťnej zmluve uvedenými vo Vašom návrhu poisťnej zmluvy.

Súčasne Vám zasielame Potvrdenie o poistení zodpovednosti, Zelenú kartu a Asistenčnú kartu, ktorá Vám umožňuje čerpanie asistenčných služieb v zmysle zmluvného vzťahu. Potvrdenie o poistení zodpovednosti je vodič povinný mať pri sebe a predložiť ho na výzvu príslušníka Policajného zboru.

Táto poisťná zmluva Vás oprávňuje k čerpaniu asistenčných služieb povinného zmluvného poistenia v rozsahu variantu Partner/Europartner prostredníctvom spoločnosti GLOBAL ASISTANCE SLOVAKIA, a to počas celej doby platnosti priloženej asistenčnej karty. V prípade potreby využitia asistenčných služieb volajte:

non - stop v SR : 18118

non - stop zo zahraničia: +421 2 6353 2236

Podrobnosti o rozsahu a podmienkach asistenčných služieb nájdete na www.koop.sk

Ďakujeme za dôveru, ktorú ste nám prejavili dojednaním tohto poistenia.

Dátum vystavenia: 28.11.2012

Vyhotovil (a): ÚPP