KOMUNÁLNA POISŤOVŇA
VIENNA INSURANCE GROUP

ÚRAZOVÉ POISTENIE NEMENOVANÝCH OSÔB PREPRAVOVANÝCH MOTOROVÝM VOZIDLOM

7004

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 „poisťovňa")

číslo návrhu poistnej zmluvy: 4022 902804

získateľské číslo sprostredkovateľa: 121793

POISTNÍK

Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko) / Názov firmy: OBEC PROCHOT

Muž [X] Žena [ ]

Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / Sídlo: PROCHOT 271, HORNÁ ZDAŇA

PSČ: 966 04

Mobilný telefón/Tel. kontakt: 045/672 68 38

Korešpondenčná adresa (ulica, číslo domu, mesto), ak je iná, ako adresa trvalého bydliska: DETTO

PSČ:

Priemerný čistý mesačný príjem: 0 EUR

Dátum narodenia:

[ ] Rodné číslo / [X] IČO: 00320960

Štátna príslušnosť: SR

Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa):

Zamestnanie – druh, funkcia, povolanie, typ pracovnej činnosti:

E-mail: obecnyurad prochot@stonline.sk

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. [X] zatiaľ neurčujem (osoba/osoby v zmysle § 817 Občianskeho zákonníka)
2. [ ] manžel/manželka [ ] deti [ ] rodičia [ ] matka [ ] otec
3. [ ] osoba určená menom (vypíšte podrobne nižšie)

Povinné údaje sú: priezvisko, meno a rodné číslo (alebo dátum narodenia), resp. v prípade právnickej osoby názov, IČO (**uveďte len v prípade, ak ste označili bod 3.**)

% z poist. plnenia

ĎALŠIE DOJEDNANIA

Začiatok poistenia: 13.10.2020

Doba poistenia: **neurčitá**

Spôsob platenia: [ ] príkazom z účtu č.: IBAN

SWIFT (BIC) kód banky:

[X] poštový peňažný poukaz [ ] inak

[ ] prevodom z účtu OPU č.:

Interval platenia (poistné obdobie): [X] ročne [ ] polročne [ ] štvrťročne

ÚRAZOVÉ POISTENIE

	Poistná suma	Lehotné poistné
[X] Smrť následkom úrazu - SNU	16 596,96 EUR	29,87 EUR
[X] Trvalé následky úrazu - TNU	16 596,96 EUR	

DOTAZNÍK

Dotazník o pracovnej činnosti

[ ] autoškola [ ] požičovňa motorových vozidiel [ ] iné Prirážka: % EUR

CELKOVÉ POISTNÉ

Lehotné: EUR Ročné: EUR

KOMUNÁLNA POISŤOVŇA
VIENNA INSURANCE GROUP

ÚRAZOVÉ POISTENIE NEMENOVANÝCH OSÔB PREPRAVOVANÝCH MOTOROVÝM VOZIDLOM

7004

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 „poisťovňa")

číslo návrhu poistnej zmluvy: 4022 902804

získateľské číslo sprostredkovateľa: 121793

POISTNÍK

Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko) / Názov firmy: OBEC PROCHOT

Muž [X] Žena [ ]

Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / Sídlo: PROCHOT 271, HORNÁ ZDANÍN

PSČ: 966 04

~~Mobilný telefón~~/Tel. kontakt: 045/672 68 38

Korešpondenčná adresa (ulica, číslo domu, mesto), ak je iná, ako adresa trvalého bydliska: DETTO

PSČ:

Priemerný čistý mesačný príjem: 0 EUR

Dátum narodenia:

[ ] Rodné číslo / [X] IČO: 00320960

Štátna príslušnosť: SR

Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa):

Zamestnanie – druh, funkcia, povolanie, typ pracovnej činnosti:

E-mail: obecnyurad prochot@stonline.sk

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. [X] zatiaľ neurčujem (osoba/osoby v zmysle § 817 Občianskeho zákonníka)
2. [ ] manžel/manželka [ ] deti [ ] rodičia [ ] matka [ ] otec
3. [ ] osoba určená menom (vypíšte podrobne nižšie)

Povinné údaje sú: priezvisko, meno a rodné číslo (alebo dátum narodenia), resp. v prípade právnickej osoby názov, IČO (**uveďte len v prípade, ak ste označili bod 3.**)

	% z poist. plnenia

ĎALŠIE DOJEDNANIA

Začiatok poistenia: 13.10.2020

Doba poistenia: neurčitá

Spôsob platenia [ ] príkazom z účtu č.: IBAN

SWIFT (BIC) kód banky:

[X] poštový peňažný poukaz [ ] inak

[ ] prevodom z účtu OPU č.:

Interval platenia (poistné obdobie) [X] ročne [ ] polročne [ ] štvrťročne

ÚRAZOVÉ POISTENIE

	Poistná suma	Lehotné poistné
[X] Smrť následkom úrazu - SNU	16 596,96 EUR	29,87 EUR
[X] Trvalé následky úrazu - TNU	16 596,96 EUR	

DOTAZNÍK

Dotazník o pracovnej činnosti

[ ] autoškola [ ] požičovňa motorových vozidiel [ ] iné

Prirážka: % EUR

CELKOVÉ POISTNÉ

Lehotné: EUR Ročné: EUR

MOTOROVÉ VOZIDLÁ, KU KTORÝM SA POISTENIE DOJEDNÁVA
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.	RENAULT KANGO kc/kCED/kCEDEF	5	VIN = VF1KCEDEF3R228047	ZH 330CL
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 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 lekárskych 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 poisťovni 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 poisťovni, 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 1000-8), 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 uzatváranej 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 poisťovni 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.

OP: HE 940 065
totožnosť overená podľa čísla OP alebo ~~CP~~

ING. MARTINA ROMANOVÁ
STAROSTKA OBCE PROCHOT

pečiatka firmy

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia (meno čitateľne) MARTA ZIMANYIOVÁ

. svojím podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných.

údajov a v mene poisťovne uzatváram poistnú zmluvu.

V PROCHOTE

dňa 12.10.2020

MARTA ZIMANYIOVÁ

podpis sprostredkovateľa poisten