

uzaviera

Dodatok č. 1 k poistnej zmluve č.

2 7 6 9 0 0 9 2 8 3

Poistník: Obec Čechynce, Obecný úrad
priezvisko, meno a titul:

rodné číslo, resp. IČO: 00308315

ulica, č. domu, obec: 951 07 Čechynce, Hlavná 112

Zmluvné strany sa dohodli na nasledovných zmenách s účinnosťou

od 0 8 1 0 2 0 1 4

Mení sa : v bode „F“ Typ poistenia z „D“ na „C“

Mení sa : sadzba z 0,54 % na 0,95 %

Mení sa : minimálne poistné zo 142,65 € na 250,96 €

Mení sa : Ročné poistné celkom a Lehotné poistné na : zo 197,58 € na 347,60 €

Ostatné skutočnosti uvedené v poistnej zmluve zostávajú nezmenené.

Príloha: VPP KAS-3 a OPP 275-3

VNitre dňa : 7.10.2014



podpis poistníka

KOMUNÁLNA
POISŤOVŇA
VIENNA INSURANCE GROUP

KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s.
Vienna Insurance Group

Štefánikova 17, 811 05 Bratislava

IČO: 31 595 545, IČ DPH: SK7020000746 (25)

pečiatka a podpis poisťovne

**FORMULÁR O PODMIENKACH UZAVRETIA POISTNEJ ZMLUVY A ZÁZNAM Z ROKOVANIA
SPROSTREDKOVATEĽA POISTENIA S KLIENTOM PRED UZAVRETÍM ALEBO ZMENOU POISTNEJ ZMLUVY**

vyhotovený v súlade s ust. § 37 ods. 3 zák. č. 8/2008 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov, v zmysle zák. č. 186/2009 Z.z. o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v zmysle zákona č.297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „záznam“)

Meno a priezvisko / Obchodné meno finančného agenta, názov	E-mail	Kontaktný telefón
Ing. Mária Minárová	mminarova@kpas.sk	037/6515881,2
Trvalý pobyt (prechodný pobyt) / Miestna podnikania / Sídl	949 01 Nitra, Farská 9	
Právna forma (pri podnikajúcej osobe)	Registračné číslo v Národnej banke Slovenska	
zamestnanec	2700101020	

ktorý koná v mene spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, IČO: 31 595 545, (ďalej len „sprostredkovateľ poistenia“)

A. Meno a priezvisko osoby,

ktorá sa informuje o možnostiach poistenia a finančných služieb

Meno a priezvisko osoby	Vendelín Száraz	
Trvalý pobyt / Sídl	951 07 Čechynce, Nitrianska 262	
Kontaktný telefón	037/6581871	
Ročné číslo / Dátum narodenia	Št. prist.	Číslo bankového účtu*
501109/113	SR	
Identifikácia:	Druh dokladu totožnosti: OP	Číslo dokladu totožnosti: ST 629883
Platný do: 15.5.2018	Vydaný v: Nitra	

B. Meno a priezvisko osoby,
pre ktorú má byť uzatvorené poistenie

Obchodné meno, názov právnickej osoby,
pre ktorú má byť uzatvorené poistenie

Meno a priezvisko osoby	Obec Čechynce, Obecný úrad	
Trvalý pobyt / Sídl	951 07 Čechynce, Hlavná 112	
Kontaktný telefón	037/6581871	
Ročné číslo / IČO	Št. prist.	Číslo bankového účtu*
00308315	SR	
Identifikácia:	Druh dokladu totožnosti:	Číslo dokladu totožnosti: ST 629883
Platný do: 15.5.2018	Vydaný v: Nitra	

Vzťah medzi osobou "A" a "B":
 rodinný príslušník iný spôsob → špecifikujte: →
(aj viacero možností súčasne) "A" je zamestnancom "B" spolunajmateľ

ktorý má v úmysle využiť, resp. využíva finančné a poisťovacie služby spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, (ďalej len „klient“)
spísali tento záznam o rokovaní sprostredkovateľa poistenia s klientom vo vzťahu k uzatvoreniu alebo k zmene poistnej zmluvy so spoločnosťou KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group.

Spôsob kontaktovania poisťovne s klientom:

klient sa aktívne ohlásil sám internet odporúčanie iný spôsob → špecifikujte: →
 obchodník - telefonický kontakt banka list poštou informačný leták - dotazník

Číslo poistnej zmluvy (v prípade že existuje), v ktorej má klient záujem vykonať zmenu:

2769009283

KLIENT MÁ ZÁJEM DOJEDNAŤ NASLEDOVNÚ FINANČNÚ SLUŽBU/POISTENIE, RESP. ZMENU V POISTNEJ ZMLUVE:
(ako chce klient)

1. Dodatok k PZ - prepoistenie typu poistenia z "D" na "C"

KLIENTOVÉ DŮVODY PRE VÝBER FINANČNÝCH SLUŽIEB POISŤOVNE, NA ZÁKLADE KTORÝCH SPROSTREDKOVATEĽ POISTENIA POSKYTUJE SVOJE ODPORÚČANIE PRE VÝBER DANÉHO POISTNÉHO PRODUKTU SPOJENÉHO S PREDPISANÝMI FINANČNÝMI:

2.

KLIENT MÁ VO VZŤAHU K POISTNEJ ZMLUVE TIETO ŠPECIFICKÉ POŽIADAVKY: (špecifikujte ekonomický účel, resp. zákonný účel využitia požadovaných finančných služieb, poistenia, alebo zmien v poistnej zmluve)

3. Dodatok k havarijnemu poisteniu - dopoistenie rizík.

ODPORÚČANIE SPROSTREDKOVATEĽA POISTENIA PRE KLIENTA: NÁZOV POISTENIA ALEBO SÚBORU POISTENÍ, KTORÉ MÔŽU BYŤ DOJEDNANÉ V POISTNEJ ZMLUVE A SPLŇAJÚ POŽIADAVKY KLIENTA (POISTNÝ PRODUKT):

4.

POISTNÉ RIZIKÁ - POPIS POISTENIA ALEBO SÚBORU POISTENÍ, KTORÉ MÔŽU BYŤ DOJEDNANÉ V POISTNEJ ZMLUVE (POISTNÝ PRODUKT) Z HĽADISKA POISTNÝCH RIZÍK:

5.

VŠEOBECNÁ CHARAKTERISTIKA POISTNÉHO PLNENIA Z POISTENIA ALEBO SÚBORU POISTENÍ, KTORÉ MÔŽU BYŤ DOJEDNANÉ V POISTNEJ ZMLUVE:

6.

ĎALŠIE VÝHODY, KTORÉ MÔŽU BYŤ DOJEDNANÉ V POISTNEJ ZMLUVE (POISTNOM PRODUKTE):

7.

KLIENT VÝSLOVNE GOMIETOL VYUŽIŤ NASLEDOVNÉ FINANČNÉ-POISTNÉ SLUŽBY (POISTNÉ PRODUKTY) AJ MAPRIEK UPOZORNENIU SPROSTREDKOVATEĽA POISTENIA NA MOŽNOSŤ ICH VYUŽITIA:

8.

PREHLÁSENIE / POTVRDENIE

Klient svojím podpisom potvrdzuje správnosť a úplnosť tohto záznamu. Zároveň svojím podpisom potvrdzuje, že sa oboznámil so všetkými informáciami uvedenými na str. č. 3. a 4. tohto záznamu a že prevzal jeho kópiu. Na základe slobodnej voľby klienta je číslo pripravovanej poistnej zmluvy/poistného odvetu →

Sein volkre číslo pripravovanej poistnej zmluvy:

Klient berie na vedomie, že tento záznam nie je návrhom na uzavretie poistnej zmluvy niektorej zo zúčastnených strán v zmysle príslušných občianskoprávných predpisov. Klient zároveň berie na vedomie, že informácie nachádzajúce sa v tomto zázname poskytuje sprostredkovateľovi poistenia v zmysle zákona č. 186/2009 Z.z. o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve a že budú spracúvané v informačnom systéme sprostredkovateľa poistenia, resp. spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group.

Klient zároveň berie na vedomie, že jeho osobné údaje spracúva poisťovňa podľa § 10 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v spojení s § 47 zákona č. 8/2008 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Klient 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 poisťovne.

Sprostredkovateľ poistenia týmto vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že identifikoval a overil identifikáciu poistníka na základe jeho dokladu totožnosti (OP/pas).

Nitre, dňa 7.8.2014
čas jednania (hod.min.) 16,30

Ing. Mária Minárová
Meno a priezvisko sprostredkovateľa poistenia / podpis
(v prípade lin. agenta - makléra uveďte meno a priezvisko osoby zastupujúcej tohto makléra)

Vendelín Száraz
Meno a priezvisko (paličkovým písmom)/ podpis klienta

* vyplívať len v prípade rokovania o možnosti uzavretia ZP

INŠTRUKCIA PRE SPROSTREDKOVATEĽA POISTENIA! Táto strana formulára (strana 1/4) je potrebné vyplívať vždy! (Tzn. pri rokovaní o možnosti uzavretia akéhokoľvek druhu poistenia.)