

KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group

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 „poisťovateľ“)

Číslo návrhu PZ **1070 839181**
Interné číslo obchodníka

Obchodník
Tu nalepte/vpište číslo ziskateľa

Stredisko

Obch. miesto

121

107

A. Poistník

(ďalšie údaje o vlastníkovi a držiteľovi sa vyplňujú iba v prípade, ak je odlišný od poistníka)

Priezvisko / Názov firmy: **OBEC PEKYHNICE OBECNÝ GRAD**

Meno: _____ Titul: _____ Rodné číslo: _____ IČO: **00308315**

Ulica: **HLAVNÁ** Orient. číslo: **112** PSČ: **95104**

Obec: **PEKYHNICE** Telefón: **034 16581871**

Štatutárny orgán: **VEKDELIN SZARAZ** Email: _____

Štatutárny orgán: _____ Číslo poistnej zmluvy: _____

SWIFT (BIC): _____ IBAN (číslo účtu): _____

B. Vlastník

(vyplňte vtedy, keď je odlišný od poistníka)

Rodné číslo: _____ IČO: _____ Titul: _____

Priezvisko / Názov firmy: _____ Meno: _____

Ulica: _____ Orient. číslo: _____ PSČ: _____

Obec: _____ Tel.: _____

C. Držiteľ

(vyplňte vtedy, keď je odlišný od poistníka)

Rodné číslo: _____ IČO: _____ Titul: _____

Priezvisko / Názov firmy: _____ Meno: _____

Ulica: _____ Orient. číslo: _____ PSČ: _____

Obec: _____ Tel.: _____

D. Vozidlo

Séria a č. TP / č. osvedč. o evidencii: **NA357045** Ev. č. / ŠPZ: _____ Rok výroby: **2014** Druh vozidla: **M**

Továr. značka: **PRIMAR** Typ: **T85 N153 TRAKTOR**

VIN / č. karosérie / č. podvozka: **SZB1850XXE2X00582** Výkon motora (kW): _____ Objem valcov (cm³): _____

Farba: **PERVENA** Miesta na sedenie: **+** Celková hmotnosť (kg): **15200**

E. Poistné krytie

GARANT PLUS s limitom poistného krytia
EUROGARANT PLUS s limitom poistného krytia

Škody na zdraví a pri úmrtí: **5 000 000 EUR**
Škody na majetku a ušom zisku: **1 000 000 EUR**

Škody na zdraví a pri úmrtí: **5 000 000 EUR**
Škody na majetku a ušom zisku: **2 000 000 EUR**

Pripoistenie rozšírených asistenčných služieb (RAS)
 ŠPECIÁL PLUS Bez pripoistenia rozšírených asistenčných služieb
 OPTIMUM PLUS

F. Doba platnosti poistenia

Začiatok poistenia dňa: **06.10.2014** Od (hod:min): _____ Koniec poistenia dňa: _____ **20**

Poistenie na dobu neurčitú

G. Platenie poistného, poistné

SA1 SA2 SA3 SB1 SB2a SB2b SB3a SB3b SB4 SC SD SE SF SG1 SG2 SH SI SJ1 SJ2 SK1 SK2 SL11 SL12 SL2

Forma platenia: Zloženka / Vklad. listok Príkaz k úhrade Poistné je: bežné Bonus Bonus %: **60** Zľava za spôsob platby: **3** Obchodná zľava: _____ Zľava za viac poistení: _____ Iná zľava:

Ročné / Jednorazové poistné: **20,25** + Pripoistenie RAS: _____ = SPOLU Ročné / Jednorazové poistné: **20,25** Splátka poistného: **20,25**

SLS, a.s. = IBAN: SK28 0900 0000 0001 7819 5386, SWIFT (BIC): GIBASKB3; Prima banka Slovensko, a.s. = IBAN: SK87 5600 0000 0012 0022 2008, SWIFT (BIC): KOMASKZK; Tatra banka, a.s. = IBAN: SK60 1100 0000 0026 2322 5620, SWIFT (BIC): TATRKBX1, Variabilný symbol = č. návrhu poistnej zmluvy, Konštantný symbol = 3558

Poistné je bežné alebo jednorazové a je splátné prvého dňa poistného obdobia, ktorého začiatok sa zhoduje s dňom začiatku poistenia. Ak bolo dojednané platenie bežného poistného v polročných alebo štvrtročných splátkach, následná polročná alebo štvrtročná splátka poistného je splátna v deň po uplynutí technického polroka alebo štvrtroka od dňa zhodného s dňom začiatku poistenia, alebo v deň nasledujúci po poslednom dni obdobia, za ktoré bola uhradená predchádzajúca splátka.

Zmluva uzavretá v

NITRE

dňa **03.10.2014**

Poistník podpisom poistnej zmluvy dáva súhlas 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, poskytovaných online službách a pod.) po dobu trvania poistného vzťahu. ANO / NE. Poisťovateľ informuje Poistníka, že jeho osobné údaje spracováva 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. Poistník dáva poisťovateľovi súhlas, aby po dobu nevyhnutnú na zabezpečenie výkonu práv a povinností, vyplývajúcich z tejto poistnej zmluvy jeho osobné údaje v rozsahu podľa § 47 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, právnickým a fyzickým osobám poskytujúcim služby finančného sprostredkovania a finančného poradenstva podľa osobitného predpisu. 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 Všeobecných poistných podmienok pre poistenie zodpovednosti za škodu spôsobenú prevádzkou motorového vozidla (technický rok) č. 705-4, ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou poistnej zmluvy. Poistník prehlasuje, že uvedené údaje sú správne a pravdivé, zaväzuje sa každú zmenu bezodkladne oznámiť písomne poisťovateľovi. Poistník prehlasuje, že poistenie vyplývajúce z tejto poistnej zmluvy nemá uzavreté s iným poisťovateľom. V prípade, že by tak v budúcnosti vykonal, bezodkladne to oznámi poisťovateľovi.

Podpis a odtlačok pečiatky poistníka

KOMUNÁLNA poisťovňa
VIENNA INSURANCE GROUP
Štefánikova 17, 811 05 Bratislava
IČO: 31 595 545 IČ DPH: SK7020000746 -1-

Podpis zástupcu a odtlačok pečiatky poisťovateľa

Držiteľ prehlasuje, že dosiahol nasledovný počet bezškodových mesiacov: **60**

Pri ručnom vyplňovaní používajte veľké písmená. Tlačivo vyplňujte čitateľne čiernym alebo modrým perom, v žiadnom prípade nie čínskym, podľa predpísaného vzoru písma. Rukou písaný text nesmie v žiadnom prípade presahovať predtlačovaný rámik.

A A A B C C D D E E E F G H I I J K L L L M N N O O O P Q R R R S S T T U U U V W X Y Z Z 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

V prípade, že áno

**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

Ing. Mária Minárová

E-mail

mminarova@kpas.sk

Kontaktný telefón

037/6515881,2

Trvalý pobyt (prechodný pobyt) / Miesto podnikania / Sídlo

949 01 Nitra, Farská 9

Právna forma (pri podnikajúcej osobe)

zamestnanec

Registračné číslo v Národnej banke Slovenska

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

Vendelín Száraz

Trvalý pobyt / Sídlo

951 07 Čechynce, Nitrianska 262

Kontaktný telefón

037/6581871

Rodné číslo / Dátum narodenia

501109/113

Št. prisl.

SR

Číslo bankového účtu*

Identifikácia:

Druh dokladu totožnosti:

OP

Číslo dokladu totožnosti:

ST 629 883

Platný do:

15.5.2018

Vydaný kým:

Nitra

B. Meno a priezvisko osoby,

pre ktorú má byť uzatvorené poistenie

Obchodné meno, názov právnickej osoby,

pre ktorú má byť uzatvorené poistenie

Obec Čechynce, Obecný úrad

Trvalý pobyt / Sídlo

951 07 Čechynce, Hlavná 112

Kontaktný telefón

037/6581871

Rodné číslo / IČO

00308315

Št. prisl.

SR

Číslo bankového účtu*

Identifikácia:

Druh dokladu totožnosti:

OP

Číslo dokladu totožnosti:

ST 629 883

Platný do:

15.5.2018

Vydaný kým:

Zlaté Moravce

Vzťah medzi osobou "A" a "B":

rodinný príslušník

iný spôsob → špecifikujte: →

(aj viaceru možností súčasne)

"A" je zamestnancom "B"

spolumajiteľ

ktorý má v úmysle využiť, resp. využíva finančné a poisťovacie služby spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, (ďalej len „klient“) spísal 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

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

1. PZP

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

2. Asistenčné služby - krytie v zmysle verejného prísľubu.

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

5. Škody na zdraví a pri úmrtí, škody na majetku a ušlom zisku.

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

6. Škody na zdraví a pri úmrtí, škody na majetku a ušlom zisku - plnenie v zmysle limitov VPP

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

7. Eurogarant Plus

KLIENT VÝSLOVNE ODMIELOL VYUŽÍŤ NASLEDOVNÉ FINANČNÉ-POISTNÉ SLUŽBY (POISTNÉ PRODUKTY) AJ NAPRIEK UPOZORNENIU SPROSTREDKOVATEĽA POISTENIA NA MOŽNOSŤ ICH VYUŽITIA:

8. UA

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 návrhu →

Sum vplášte číslo prerokovanej a pripravovanej poistnej zmluvy:
1070839181

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 poisťiteľa.

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

Nitre

3.10.2014

dňa

Ing. Mária Minárová

Vendelín Száraz

čas jednania
(hod..min.)

10,00

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

Meno a priezvisko (paličkovým písmom)/podpis klienta

* vyplňovať len v prípade rokovania o možnosti uzavretia ŽP

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