

POISTENIE ZODPOVEDNOSTI ZA ŠKODU SPÔSOBENÚ PREVÁDZKOU MOTOROVÉHO VOZIDLA

POISTNÁ ZMLUVA

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 039182**
 Interné číslo obchodníka

Obchodník
 Tu nalepte/vpíšte číslo ziskateľa

Stredisko
 Obch. miesto **107**

A. Poistník

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

Priezvisko / Názov firmy **DOBROTECHYNE DOBRY TRAD**
 Meno **DOBROTECHYNE DOBRY TRAD** Titul **TRAD** Rodné číslo **0000000000**
 Ulica **HRADNA** iČO **0000000000**
 Obec **DOBROTECHYNE** Orient. číslo **102** PSČ **05102**
 Štatutárny orgán **WENDELIN STARA** Telefón **037 16581871**
 Štatutárny orgán **WENDELIN STARA** Email
 SWIFT (BIC) IBAN (číslo účtu) Číslo poistnej zmluvy

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 **UA465324** Ev. č. / ŠPZ Rok výroby **2014** Druh vozidla **W**
 Továr. značka **PROVAR** Typ **FGG3/2 NAVES + RAKT.**
 VIN / č. karosérie / č. podvozka **S5B6632X8L1X00261** Výkon motora (kW) Objem valcov (cm³)
 Farba **ZELENA** Miesta na sedenie Celková hmotnosť (kg) **9500**

E. Poistné krytie

GARANT PLUS s limitom poistného krytia **5 000 000 EUR** Škody na zdraví a pri úmrtí **1 000 000 EUR** Škody na majetku a ušom zisku
 EUROGARANT PLUS s limitom poistného krytia **5 000 000 EUR** Škody na zdraví a pri úmrtí **2 000 000 EUR** Škody na majetku a ušom zisku
 Prípoistenie rozšírených asistenčných služieb (RAS) ŠPECIÁL PLUS Bez prípoistenia rozšírených asistenčných služieb OPTIMUM PLUS

F. Doba platnosti poistenia

Začiatok poistenia dňa **06.10.2014** Od (hod:min) Koniec poistenia dňa Poistenie na dobu neurčitú

G. Platenie poistného, poistné

Forma platenia Zložka / 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** + Prípoistenie RAS = SPOLU Ročné / Jednorazové poistné **20,25** Splatka poistného **20,25**

Zmluva uzavretá v **BRATISLAVE** dňa **03.12.2014**

Podpis a odtlačok pečiatky poistníka **99** Podpis zástupcu a odtlačok pečiatky poisťovateľa Držiteľ prehlasuje, že dosiahol nasledovný počet bezškodových mesiacov: **600**

AAÄBCĎDĎEÉÉFGHI IJKLLLMNŇOOÖPQRRRSŠŠTTUÜÜVWXYÝŽŽ 0123456789 v prípade, že áno

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

vychotovaný 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. prísl.

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. prísl.

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 viaceré možnosti súčasne)

"A" je zamestnancom "B"

spolujateľ

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:

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

1. PZP

KLIENTOVE 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 ODMIEŤA 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 →

Sem vpište číslo prerokovanej a pripravovanej poistnej zmluvy:

1070839182

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

3.10.2014

Ing. Mária Minárová

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

Vendelín Száraz

Meno a priezvisko (paličkovým písmom)/podpis klienta

* vyplňovať len v prípade rokovania o možnosti uzavretia ZP

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