

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 039187**
Interné číslo obchodníka

Obchodník
Tu nalepte/vpište číslo ziskateľa
Stredisko
Obch. miesto **107**

A. Poistník (ďalšie údaje o vlastníkovi a držiteľovi sa vyplňajú iba v prípade, ak je odlišný od poistníka)
Priezvisko / Názov firmy **OBEC STEČKYNCE OBEČNÝ GRAD**

Meno Titul Rodné číslo IČO **00308315**
Ulica **HLAVNÁ** Orient. číslo **112** PSČ **95107**
Obec **STEČKYNCE** Telefón **037 16581871**
Štatutárny orgán 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 Sériá a č. TP / č. osvedč. o evidencii **TA439595** Ev. č. / ŠPZ Rok výroby **2014** Druh vozidla **H**
Továr. značka **DECI** Typ **AGRI PL6560,7 TRAKTOR**
VIN / č. karosérie / č. podvozka **BAC1861175** Výkon motora (kW) **96** Objem valcov (cm³) **4485**
Farba **SLTA** Miesta na sedenie **1** Celková hmotnosť (kg) **10200**

E. Poistné krytie GARANT PLUS s limitom poistného krytia EUROGARANT PLUS s limitom poistného krytia Pripoistenie rozšírených asistenčných služieb (RAS)
Škody na zdraví a pri úmrtí **5 000 000 EUR** Škody na zdraví a pri úmrtí **5 000 000 EUR** ŠPECIÁL PLUS Bez pripoistenia rozšírených asistenčných služieb
Škody na majetku a ušom zisku **1 000 000 EUR** Škody na majetku a ušom zisku **2 000 000 EUR** OPTIMUM PLUS

F. Doba platnosti poistenia
Začiatok poistenia dňa **16.10.2014** Od (hod:min) Koniec poistenia dňa **20**
 Poistenie na dobu neurčitú

G. Platenie poistného, poistné
R M N S Z Poistná trieda 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 Prikaz k úhrade Poistné je bežné jednorazové Bonus Bonus **60** % Zľava za spôsob platby **3** Obchodná zľava Zľava za viac poistení Iná zľava Malus KOMBI ročne polročne štvrtročne jednorazovo
Ročné / Jednorazové poistné **36** + Pripoistenie RAS = SPOLU Ročné / Jednorazové poistné **36** Splátka poistného **36**

Zmluva uzavretá v **NITRE** dňa **15.10.2014**

Podpis a odtlačok pečiatky poistníka
Podpis zástupcu a odtlačok pečiatky poisťovateľa
Držiteľ prehlasuje, že dosiahol nasledujúci počet bezškodových mesiacov: **60**

Pri ručnom vyplňovaní používajte veľké písmena. Nápisy vplňte číratelne čiernym alebo modrým perom, v žiadnom prípade nie čínskym, podľa predpísaného vzoru písma. Rukou písaný text nesmie v žiadnom prípade presahovať predtlačný rámk. AAÄBBCDDDEEEFGHIIJKLLLMNNOÖÖPQRRRSSTTUUVVWXYZŽ 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	E - mail	Kontaktný telefón
Ing. Mária Minárová	mminarova@kpas.sk	037/6515881,2
Trvalý pobyt (prechodný pobyt) / Miesto podnikania / Sídlo		
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	B. Meno a priezvisko osoby, pre ktorú má byť uzatvorené poistenie	Obchodné meno, názov právnickej osoby, pre ktorú má byť uzatvorené poistenie			
Vendelín Száraz		Obec Čechynce, Obecný úrad			
Trvalý pobyt / Sídlo	Kontaktný telefón	Trvalý pobyt / Sídlo	Kontaktný telefón		
951 07 Čechynce, Nitrianska 262	037/6581871	951 07 Čechynce, Hlavná 112	037/6581871		
Rodné číslo / Dátum narodenia	Št. prísl.	Číslo bankového účtu*	Rodné číslo / IČO	Št. prísl.	Číslo bankového účtu*
501109/113	SR		00308315	SR	
Identifikácia:	Druh dokladu totožnosti: OP	Číslo dokladu totožnosti: ST 629883	Identifikácia:	Druh dokladu totožnosti: OP	Číslo dokladu totožnosti: ST 629883
Platný do: 15.5.2018	Vydaný kým: Nitra		Platný do: 15.5.2018	Vydaný kým:	

Vzťah medzi osobou "A" a "B":
 rodinný príslušník iný spôsob → špecifikujte: →
taj viacerou možnosť 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

KLIENT MÁ ZÁJEM DOJEDNÁŤ NASLEDOVNÚ FINANČNÚ SLUŽBU/POISTENIE, RESP. ZMENU V POISTNEJ ZMLUVE:
(to 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 príslubu.

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 ODMIEŤOL VYUŽÍŤ NASLEDOVNÉ FINANČNÉ-POISTNÉ SLUŽBY (POISTNÉ PRODUKTY) AJ NAPRIEK UPOZORNENIU SPROSTREDKOVATEĽA POISTENIA NA MOŽNOSŤ ICH VYUŽÍŤIA:

8. UA

PREHLÁSENIE / POTVRDENIE

Klient svojim podpisom potvrdzuje správnosť a úplnosť tohto záznamu. Zároveň svojim 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:

1070839187

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 svojim podpisom potvrdzuje, že identifikoval a overil identifikáciu poistníka na základe jeho dokladu totožnosti (OP/pas).

V Nitre dňa 15.10.2014
čas jednania (hod.min.) 14,40

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

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