



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 902 558**

získateľské číslo
sprostredkovateľa **2700 126404**

POISTNÍK

Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko) / Názov firmy

Muž Žena

DOBRO KRAJNE

Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / Sídlo

PSC

Mobilný telefón/Tel. kontakt

KRAJNEČ. 52, KRAJNE

91616

0905 444 230

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

PSC

Priemerný čistý mesačný príjem

EUR

Dátum narodenia

☐ Rodné číslo / ☒ IČO

Miesto narodenia

Štátna príslušnosť

11.11.1985

003111815

Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa)

Zamestnanie - druh, funkcia, povolanie, typ pracovnej činnosti

E-mail

POISTENÝ Nemenované osoby prepravované motorovým vozidlom

OPRAVNENÉ OSOBY

V prípade smrti poisteného má právo na poistné plnenie (vyberte len jednu z možností 1., 2. alebo 3.)

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

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

% z poist. plnenia

ĎALŠIE
DOJEDNANIA

Začiatok poistenia

Doba poistenia

21.10.2020

neurčitá

Spôsob platenia ☐ príkazom z účtu č.: IBAN

SWIFT (BIC) kód banky

☒ poštový peňažný poukaz

☐ inak

☐ prevodom z účtu OPU č.:

Interval platenia (poistné obdobie)

☒ ročne

☐ polročne

☐ štvrťročne

ÚRAZOVÉ
POISTENIE

☒ Smrť následkom úrazu - SNU

Polistná suma

16.596,96 EUR

Lehotné poistné

29,87 EUR

☒ Trvalé následky úrazu - TNU

16.596,96 EUR

DOTAZNÍK

Dotazník o pracovnej činnosti

☐ autoškola ☐ požičovňa motorových vozidiel ☐ iné

Prirážka

%

EUR

CELKOVÉ
POISTNÉ

Lehotné

29,87 EUR

Ročné

29,87 EUR

P. č.	Továrnska značka a typ	Počet sedadiel	Číslo motora / karosérie*	EČV
1.	VW 70LC	2	WVW 8809N 25 DO 21891	MY-
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

PEŇAŽNÝ ÚSTAV POISTOVNE:

Prima banka Slovensko, a.s.
SLSP, a.s.
Tatra banka, a.s.

ČÍSLO ÚČTU IBAN / SWIFT (BIC) KÓD BANKY:

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 lekárskeho 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 1000-7), 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 uzatvárajúcej 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.

podpis poistníka

podpis poistníka

totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP

pečiatka firmy

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia

(meno čitateľne)

údajov a v mene poisťovne uzatváram poistnú zmluvu.

IVETA RIVNÁČOVÁ - OFFICE, S.R.O.
P4936

svojím podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených

v

dňa

podpis sprostredkovateľa poistenia