

POISTNÁ ZMLUVA PRE ÚRAZOVÉ POISTENIE NEMENOVANÝCH OSÔB, PREPRAVOVANÝCH MOTOROVÝM VOZIDLOM

KOMUNÁLNA poisťovňa
VIENNA INSURANCE GROUP

KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group

Štefánikova 8, 811 05 Bratislava

IČO: 31 595 545, Obchod. reg. Okr. súdu Ba I, oddiel: Sa, vložka č.: 3345/B

Číslo účtu v banke: 0178195386/0900; 1200222008/5600

402 0901 712

333

Variabilný symbol

POISTNÍK	Príezvisko, meno, titul / názov firmy OBEK KRAJNE		Muž ☐ Žena ☐
	Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / sídlo OBEK KRAJNE č. 52, KRAJNE		PSČ 916 01 Kontaktný telefón
	Korešpondenčná adresa (ulica, číslo domu, mesto), ak je iná ako adresa trvalého bydliska		PSČ Telefón do práce 0903/631694
	Dátum narodenia	Rodné číslo / IČO 00311915	Štatutárny zástupca J. ING. RUDOLPH ŠUSTEK
	Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa)		Štátna príslušnosť SK

POISTENÝ	Nemenované osoby, prepravované motorovým vozidlom.	OPRÁVNENÉ OSOBY	V prípade smrti poisteného má právo na plnenie osoba v zmysle § 817, odstavec 2 a 3 Občianskeho zákonníka.
----------	--	-----------------	--

Začiatok poistenia	31.10.2013	Doba poistenia: neurčitá	Interval platenia (poistné obdobie)	☒ ročne ☐ polročne ☐ štvrťročne
--------------------	-------------------	--------------------------	-------------------------------------	---

Spôsob platenia	☐ prevodom z účtu OPI č.: ☐ prevodom z účtu č.: ☐ poštovým peňažným poukaz ☐ inak
-----------------	--

ÚRAZOVÉ POISTENIE	☒ Smrť následkom úrazu	SNÚ	Poistná suma 16.596,95 EUR	Lehotné poistné 89,84
	☒ Trvalé následky úrazu	TNU	16.596,95 EUR	

Dotazník o pracovnej činnosti	☐ autškola ☐ požiarníka motorových vozidiel ☐ iné	Perážka %
-------------------------------	--	--------------------------------

Celkové poistné	Lehotné 89,84 EUR	Ročné 89,84 EUR
-----------------	--------------------------	------------------------

Záverecné ustanovenie
Poistník a poistený v tejto poistnej zmluve prehlasujú, že odovzdali úplne a pravdivo v súlade so svojimi znalosťami a v dobrej viere a uvedli všetky údaje. Poistený vyhlasuje, že súhlasí, aby poisťovateľ zisťoval a preveroval jeho zdravotný stav vo všetkých zdravotníckych zariadeniach, poskytujúcich zdravotnú starostlivosť a u všetkých lekárov. Tiež spomína, že zástupca poisťovateľa na právne úkony súvisiace s vyhotovením lekárskej správy zo zdravotnej dokumentácie alebo k ich započítaniu za účelom vykonania prípadných zmien zo strany poisťovateľa a tiež k posúdeniu poistnej udalosti. Zároveň zbierajú všetky údaje potrebné na zistenie príčiny úrazu a jeho následkov. Kópia tejto poistnej zmluvy má takú istú platnosť ako originál.

Poistník a zmluvný účastník zmluvy prehlasujú, že mu poisťovateľ poskytol všetky informácie potrebné na uzavretie poistnej zmluvy a že súhlasí s ňou. Všetchné podmienky a Zmluvnými dohodnutými podmienkami a Zmluvnými dohodnutými podmienkami poistenia. Všetchné podmienky a Zmluvnými dohodnutými podmienkami poistenia. Všetchné podmienky a Zmluvnými dohodnutými podmienkami poistenia. Všetchné podmienky a Zmluvnými dohodnutými podmienkami poistenia.

Každá zo zmluvných strán môže poistnú zmluvu vypovedať do 2 mesiacov od jej uzavretia, výpovedná lehota je 6 dní. Jej uplynutím poistná zmluva zanikne.

Podpis sprostredkovateľa poistenia (meno, oštetenie): **IVERA KUSNÁKOVÁ**

svojím podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených údajov a v mene poistiteľa uzatváram poistnú zmluvu.

V **KOVON HREŠTEV** dňa **31.10.2013** **840105368**

Zápisník poistovateľa **840105368** evidenčné číslo sprostredkovateľa poistenia podpis sprostredkovateľa poistenia

MOTOROVÉ VOZIDLÁ, KU KTORÝM SA POISTENIE DOJEĽUJE	P.Č.	Továrenská značka a typ	Počet sedadiel	Číslo motora / karosérie*	ŠPZ
1		ŠKODA FORHAN	5	THBCFF100KO 9411	MY-845AK
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					