

# ÚRAZOVÉ POISTENIE NEMENOVANÝCH OSÔB PREPRAVOVANÝCH MOTOROVÝM VOZIDLOM

**KOMUNÁLNA POISTOVŇA**  
VIENNA INSURANCE GROUP

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 „poisťovňa“)

SP  VARIABILNÝ SYMBOL **4022 901686**

<b>POISTNIK</b>	Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko)		Muž <input type="checkbox"/>	Žena <input type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> Poistený	<input type="text" value="OBEC KRAJNE"/>		
	Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / Sídlo	PSC	Mobilný telefón/Tel. kontakt	
	<input type="text" value="OBECNÝ ÚRAD KRAJNE č. 52, 91616 KRAJNE"/>	<input type="text" value="91616"/>	<input type="text"/>	
	Korešpondenčná adresa (ulica, číslo domu, mesto), ak je iná, ako adresa trvalého bydliska	PSC	Priemerný čistý mesačný príjem	
	<input type="text" value="OBECNÝ ÚRAD KRAJNE č. 52, 91616 KRAJNE"/>	<input type="text" value="91616"/>	<input type="text" value="EUR"/>	
	Dátum narodenia	Rodné číslo	Miesto narodenia	Štátna príslušnosť
<input type="text"/>	<input type="text" value="001311141511"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa)				
<input type="text"/>				
Zamestnanie - druh, funkcia, povolanie, typ pracovnej činnosti			E-mail	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	

**POISTENÝ** Nemenované osoby prepravované motorovým vozidlom

<b>OPRAVNENÉ OSOBY</b>	V prípade smrti poisteného má právo na poistné plnenie (vyberte len jednu z možností 1., 2. alebo 3.)			
	1. <input type="checkbox"/> zatiaľ neurčujem (osoba (osoby) v zmysle § 817 Občianskeho zákonníka)	2. <input type="checkbox"/> manžel/manželka	<input type="checkbox"/> deti	<input type="checkbox"/> rodičia
	3. <input type="checkbox"/> osoba určená menom (vypíšte podrobne nižšie)	<input type="checkbox"/> matka	<input type="checkbox"/> otec	
	Povinné údaje sú: priezvisko, meno a rodné číslo (alebo dátum narodenia), resp. v prípade právnickej osoby názov, IČO (uveďte len v prípade, ak ste označili bod 3.)			% z poist. plnenia
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>ĎALŠIE DOHODENIA</b>	Začiatok poistenia	Doba poistenia
	<input type="text" value="23101640115"/>	neurčitá
	Spôsob platenia	Interval platenia (poistné obdobie)
	<input type="checkbox"/> prevodom z účtu OPU č.: <input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> ročne <input type="checkbox"/> štvrtročne
<input type="checkbox"/> prevodom z účtu č.: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> polročne	
<input type="checkbox"/> inak <input type="text"/>		

<b>ÚRAZOVÉ POISTENIE</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Smrť následkom úrazu - SNU	Poistná suma	Lehotné poistné
	<input checked="" type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu - TNU	<input type="text" value="16.546,96"/> EUR	<input type="text" value="29,87"/> EUR
		<input type="text" value="16.546,96"/> EUR	<input type="text" value="29,87"/> EUR

<b>DOTAZNÍK</b>	Dotazník o pracovnej činnosti	Prirážka
	<input type="checkbox"/> autoškola <input type="checkbox"/> požičovňa motorových vozidiel <input type="checkbox"/> iné	<input type="text"/> % <input type="text" value="2"/> EUR

<b>CELKOVÉ POISTNÉ</b>	Lehotné <input type="text" value="29,87"/> EUR	Ročné <input type="text" value="29,87"/> EUR
------------------------	--	--

MOTOROVÉ VOZIDLA, KU KTORÝM SA POISTENIE DOJEDNÁVA Ak je potrebné, doložte ďalší zoznam usadzajúcich motorové vozidlá podľa uvedených údajov	P. č.	Továrnska značka a typ	Počet sedadiel	Číslo motora / karosérie*	EČV
	1.	SKODA FABIA COMBI 1.6Y	5	7H8 JB16Y633661 494	
	2.				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	7.				
	8.				


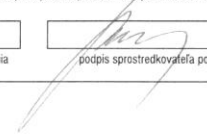
PEŇAŽNÝ ÚSTAV POISTOVNE:	ČÍSLO ÚČTU IBAN / SWIFT (BIC) KÓD BANKY:
Prima banka Slovensko, a.s. SLSP, a.s. Tatra banka, a.s.	SK87 5600 0000 0012 0022 2008 / KOMASK2X SK28 0900 0000 0001 7819 5386 / GIBASKBX SK60 1100 0000 0026 2322 5520 / TATRSKKBX

#### 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 poisťovateľ zisťoval a preveroval jeho zdravotný stav vo všetkých zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť a u všetkých lekárov. Tiež splnomocňuje zástupcu poisťovateľa na právne úkony súvisiace s vyhotovením lekárskeho výpisov zo zdravotnej dokumentácie alebo k ich zapožičaniu za účelom vykonania prípadných zmien zo strany poisťovateľa a tiež k posúdeniu poisťovnej udalosti. Zároveň zbavuje mlčanlivosť voči poisťovateľovi 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 poisťovného sú jeho vlastníctvom a poisťovnú zmluvu uzatvára na vlastný účet. Poisťovateľ a poistník sa dohodli, že ak je táto poisťovná zmluva označená v záhlaví ako náhrada poisťovnej zmluvy (poistných zmlúv), poisťovná zmluva

(poistné zmluvy), uvedená v záhlaví ako nahradzovaná, zanikne v celom rozsahu v okamihu začiatku poistenia dohodnutého touto poisťovnou zmluvou. Súčasne bude nahradená touto poisťovnou zmluvou a podmienkami a dojednaniami, ktoré sa k nej vzťahujú. Pre potreby dojednaného poistenia sa účet uvedený v poisťovnej zmluve považuje za kontaktný a v prípade, že počas trvania poisťovného vzťahu dôjde k zmene, je poistník povinný túto zmenu písomne oznámiť poisťovateľovi, prípadne nahlásiť formou originálneho potvrdenia banky účet iný. V prípade zneužitia účtu alebo neoznámenia zmeny účtu nenesie poisťovateľ zodpovednosť za prípadnú vzniknutú škodu. Pre toto poistenie platia príslušné ustanovenia Občianskeho zákonníka, Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie (VPP 1000-3), rozsah nárokov a dojednaní, ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou poisťovnej zmluvy. Každá zo zmluvných strán môže poisťovnú zmluvu vypovedať do 2 mesiacov od jej uzavretia, vypovedná lehota je 8 dní. Jej uplynutím poisťovná zmluva zanikne.

Poistník podpísaním poisťovnej 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, poisťovných produktoch a poskytovaných online službách a pod.) po dobu trvania poisťovného vzťahu:  ÁNO /  NIE. Poisťovňa informuje poistníka, že jeho osobné údaje spracúva 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 v súlade s § 12 ods. 2 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov dáva svoj súhlas, aby osobné údaje získané touto poisťovnou zmluvou a v rozsahu tejto poisťovnej zmluvy poskytol poisťovateľ iným právnickým a fyzickým osobám podnikajúcim v poradenskej a/alebo sprostredkovateľskej činnosti v oblasti poisťovníctva, ostatným subjektom a združeniam týchto subjektov podnikajúcim v poisťovníctve, zmluvným partnerom poisťovne (zoznam zmluvných partnerov je uverejnený na [www.kpas.sk](http://www.kpas.sk)), iným oprávneným subjektom, do iných členských štátov EÚ, v prípade ak to bude nevyhnutné na zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností z tejto poisťovnej zmluvy. 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 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 poisťovateľa.

 Podpísaný sprostredkovateľ poistenia (meno čiateľníka) a v mene poisťovne uzatvára poisťovnú zmluvu. v <u>WUVOH TATRA</u> dňa <u>12.12.2015</u>	<u>EP-054 288</u> totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP	<input type="text"/> podpis poisteného (zákonného zástupcu)	<input type="text"/> totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP
	<input type="text"/> Miesto pre záznamy poisťovateľa	<u>2700103368</u> evidenčné číslo sprostredkovateľa poistenia	 podpis sprostredkovateľa poistenia