KOMUNÁLNA poisťovňa
VIENNA INSURANCE GROUP

POISTENIE ZODPOVEDNOSTI ZA ŠKODU SPÔSOBENÚ PREVÁDZKOU MOTOROVÉHO VOZIDLA

Pre toto poistenie platia príslušné ustanovenia Občianskeho zákonníka v znení neskorších právnych predpisov, zákona o povinnom zmluvnom poistení zodpovednosti za škodu spôsobenú prevádzkou motorového vozidla a o zmene a doplnení niektorých zákonov, všeobecné poistné podmienky a zmluvné dojednania, ktoré tvoria neoddeliteľnú súčasť tejto poistnej zmluvy."

POISTNÁ ZMLUVA

Sídlo spoločnosti:
Štefánikova 17
811 05 BRATISLAVA
IČO 31 595 545, IČ DPH SK2021097089
zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I., oddiel: Sa, vložka č. 3345/B

Číslo návrhu PZ 1070
Interné číslo obchodníka

Obchodník
Tu nalepte/vpíšte číslo získateľa

Stredisko
Obch. miesto
107

A. Poistník
(ďalšie údaje o vlastníkovi a držiteľovi sa vyplňajú iba v prípade, ak je odlišný od poistníka)

Číslo poistnej zmluvy
Predčíslie bank. účtu
Číslo bank. účtu /
Priezvisko / Názov firmy

zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu ....., oddiel: ....., vložka č.: .....

Meno
Titul
Rodné číslo
IČO
Ulica
Orient. číslo
PSČ
Obec
Telefón /

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
Ev. č. / ŠPZ
Rok výroby
Druh vozidla
Továr. značka
Typ
VIN / č. karosérie/ č. podvozka
Max. rýchlosť (km/h)
Výkon motora (kW)
Objem valcov (cm³)
Farba
Miesta na sedenie
Celková hmotnosť (kg)

E. Poistné krytie

GARANT PLUS ☒ s limitom poistného plnenia
Škody na zdraví a pri úmrtí 5 000 000,00 EUR
Škody na majetku a ušlom zisku 1 000 000,00 EUR

EUROGARANT PLUS ☐ s limitom poistného plnenia
Škody na zdraví a pri úmrtí 5 000 000,00 EUR
Škody na majetku a ušlom zisku 2 000 000,00 EUR

poistený ☐ má nárok ☒ nemá nárok na poskytnutie poistného plnenia z verejného prísľubu poisťovateľa v prípade vzniku škody na poistenom vozidle v dôsledku živelnej udalosti

F. Doba platnosti poistenia

Začiatok poistenia dňa 19.03.2014
Od (hod:min) :
Koniec poistenia dňa . . 20
☒ Poistenie na dobu neurčitú

G. Platenie poistného, poistné

R M N S Z

SA1 SA2 SA3 SB1 SB2a SB2b SB3a SB3b SB4 SC SD SE SF SG1 SG2 SH SI SJ1 SJ2 SK1 SK2 SL1 SL2 SL3

Forma platenia: ☐ Zloženka / Vkład. lístok ☐ Príkaz k úhrade

☐ Bonus
☐ Malus
Bonus %

Ročné poistné 300 EUR
Splátka poistného EUR

☒ ročne ☐ polročne ☐ štvrťročne ☐ mesačne

Zľava za spôsob platby
Zľava za viac poistení
Iná zľava
KOMBI

SLSP ***0178195386/0900****, Variabilný symbol je č. PZ*

Poistné je bežné a je splatné prvého dňa poistného obdobia, ktorého začiatok sa zhoduje s dňom vzniku poistenia. Ak bolo dojednané platenie poistného v polročných, štvrťročných alebo v mesačných splátkach, následná polročná, štvrťročná alebo mesačná splátka poistného je splatná v deň po uplynutí kalendárneho polroka, štvrťroka alebo mesiaca od dňa zhodného s dňom vzniku poistenia, alebo v deň nasledujúci po poslednom dni obdobia, za ktoré bola uhradená predchádzajúca splátka.

Zmluva uzavretá v Košiciach dňa 18.03.2014

Poistník svojím podpisom potvrdzuje prevzatie Všeobecných poistných podmienok pre poistenie zodpovednosti za škodu spôsobenú prevádzkou motorového vozidla (technický rok) č. 705-3 a Zmluvných dojednaní pre poistenie zodpovednosti za škodu spôsobenú prevádzkou motorového vozidla (technický rok) č. 705-3, ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou poistnej zmluvy. Poistník prehlasuje, že uvedené údaje sú správne a pravdivé, zaväzuje sa každú zmenu bezodkladne oznámiť písomne poisťovateľovi. Poistník prehlasuje, že poistenie vyplývajúce z tejto poistnej zmluvy nemá uzavreté s iným poisťovateľom. V prípade, že by tak v budúcnosti vykonal, bezodkladne to oznámi poisťovateľovi. Poistník vyhlasuje, že zmluvu v zmysle zákona č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov dáva súhlas KOMUNÁLNEJ poisťovni, a.s. (ďalej len poisťovňa), aby jeho osobné údaje, získané v súvislosti s touto poistnou zmluvou, spracovávala v rámci svojej činnosti v poisťovníctve po dobu nevyhnutnú pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností vyplývajúcich z tejto poistnej zmluvy. Zároveň dáva súhlas, aby jeho osobné údaje poisťovňa poskytovala do iných štátov, pokiaľ to bude potrebné pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností vyplývajúcich z tejto poistnej zmluvy, pri poradenskej činnosti v oblasti poisťovníctva, ako aj ostatným subjektom podnikajúcim v poisťovníctve v rámci poistnej skupiny.

Podpis a odtlačok pečiatky poistníka

KOMUNÁLNA poisťovňa
VIENNA INSURANCE GROUP
KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group
Štefánikova 17, 811 05 Bratislava
IČO: 315 955 45 IČ DPH: SK2021097089 -13-
Podpis a odtlačok pečiatky zástupcu KOMUNÁLNEJ poisťovne, a.s.

Poistník, vlastník, držiteľ (nehodiace prečiarknuť) prehlasuje, že dosiahol nasledovný počet bezškodových mesiacov:

Pri ručnom vyplňovaní používajte veľké písmená. Tlačivo vyplňujte čitateľne čiernym alebo modrým perom, v žiadnom prípade nie čínskym, podľa predpísaného vzoru písma. Rukou písaný text nesmie v žiadnom prípade presahovať predtlačený rámik.

AÁÄBCČDDEÉĚFGHCHIÍJKLĽĹMNŇOÓÔÖPQRŘŔSŠTŤUÚŮÜVWXYÝZŽ 0123456789

V prípade, že áno ☒