

# POISTNÁ ZMLUVA PRE ÚRAZOVÉ POISTENIE NEMENOVANÝCH OSÔB, PREPRAVOVANÝCH MOTOROVÝM VOZIDLOM

123/2013

KOMUNÁLNA  
poistovňa

VIENNA INSURANCE GROUP

KOMUNÁLNA poistovňa, 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

SP

333 1185474

Variabilný symbol

**POISTNÍK**

Priezvisko, meno, titul / názov firmy  
**MESTSKÁ ČASŤ Košice - Nad jazerom**

Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / sídlo  
**Poludníková 7, Košice**

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

Dátum narodenia \_\_\_\_\_ Rodné číslo / IČO **00691038** Statutárny zástupca **MVDr. Anna Jenčová** Štátna príslušnosť \_\_\_\_\_

Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa)  
\_\_\_\_\_

Muž ☐ Žena ☒

PSC **04012** Kontaktný telefón \_\_\_\_\_

PSC \_\_\_\_\_ Telefón do práce \_\_\_\_\_

**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 **22062013** Doba poistenia: neurčitá Interval platenia (poistné obdobie) ☒ ročne ☐ polročne ☐ štvrťročne

**Spôsob platenia**  
☐ prevodom z účtu OPÚ č.: \_\_\_\_\_ ☐ prevodom z účtu č.: \_\_\_\_\_ ☒ poštový peňažný poukaz ☐ inak \_\_\_\_\_

**ÚRAZOVÉ POISTENIE**

☒ Smrť následkom úrazu ☐ SNU **Poistná suma** **33193,92 EUR** **Lehotné poistné** **59,75**

☒ Trvalé následky úrazu ☐ TNU **33193,92 EUR**

**Dotazník o pracovnej činnosti** ☐ autoškola ☐ požičovníka motorových vozidiel ☐ iné Prirážka \_\_\_\_\_ %

**Celkové poistné** **Lehotné** \_\_\_\_\_ EUR **Ročné** **59,75 EUR**

**Záverečné ustanovenia**

Poistník a poistený v tejto poistnej zmluve prehlasujú, že odpovedali 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 splnomocňuje zástupcu poisťovateľa na právne úkony súvisiace s vyhotovením lekárskej výpisy zo zdravotnej dokumentácie alebo k ich započítaniu za účelom vykonania prípadných zmien zo strany poisťovateľa a tiež k posúdeniu poistnej udalosti. Zároveň zbavuje mlčanlivosti voči poisťovateľovi všetkých lekárov v otázkach súvisiacich s jeho zdravotným stavom. Kópia tohto oprávnenia má takú istú platnosť ako originál.

Poistník v tejto poistnej zmluve prehlasuje, že mu poisťovateľ poskytol všetky informácie potrebné na uzavretie poistnej zmluvy, oboznámil ho so všeobecnými poistnými podmienkami a Zmluvnými dohodami dojednávanej poistenia. Všeobecné poistné podmienky a Zmluvné dojednania tvoria neoddeliteľnú súčasť poistnej zmluvy.

Poisťovateľ bude údaje dotknutých osôb (poistník, poistený, oprávnené osoby) získavať a spracúvať v súlade so zákonom č. 8/2008 Z.z. o poisťovníctve na účely identifikácie, uzavierania poistných zmlúv, správy poistenia, ako aj na ďalšie zákonom stanovené účely.

Poisťovateľ 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 dohodami, ktoré sa k nej vzťahujú.

Pre potreby dojednávanej 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 poisťovateľovi, prípadne nahlásiť formou originálneho potvrdenia banky účet iný. V prípade zneužitia účtu alebo neoznámenej zmeny účtu nenesie poisťovateľ zodpovednosť za prípadnú vzniknutú škodu.

Každá zo zmluvných strán môže poistnú zmluvu vypovedať do 2 mesiacov od jej uzavretia, vypovedná lehota je 8 dní. Jej uplynutím poistná zmluva zanikne.

**Podpisovaný sprostredkovateľ poistenia** (meno čitateľne) **MPS, s.r.o.**

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

v. Košiciach dňa **11062013** **65600000**

Záznamy poisťovateľa evidénčné číslo sprostredkovateľa poistenia podpis sprostredkovateľa poistenia

MOTOROVÉ VOZIDLÁ, KU KTORÝM SA POISTENIE DOJEDNÁVA <small>Ak je potrebné, priložte ďalšie zoznam uvádzajúci motorové vozidlá podľa uvedených údajov</small>	P.Č.	Továrenská značka a typ	Počet sedadiel	Číslo motora / karosérie*	ŠPZ
	1	Kia cee'd	5	U5YFF24227L035165	KE917FY
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				