

Konverzný kurz: 1 EUR = 30,1260 SKK

## POISTNÁ ZMLUVA

Sídlo spoločnosti: DR. VLADIMÍRA CLEMENTISA 10 821 02 BRATISLAVA 2	Číslo návrhu PZ 1070280079	Obchodník Tu nalepte 6942 0294	Stredisko Obch. miesto 139
IČO 31 595 545, IČ DPH SK2021097089 zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I., Oddiel: Sa, vložka č. 3345/B, Korespondenčná adresa: HORNÁ 25, 974 01 BANSKÁ BYSTRICA	Interné číslo obchodníka		

## A. Poistník (Ďalšie údaje o vlastníčkovi a držiteľovi sa vyplňujú iba v prípade, ak sú odlišné od poistníka)

Číslo poistnej zmluvy	Predčíslenie 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 číslo TP	Ev. č. / ŠPZ	Rok výroby	Druh vozidla
Tovar. značka	Typ			
VIN / č.karosérie/ č. podvozku	Max. rýchlosť (km/h)	Výkon motora (kW)	Objem valcov (cm <sup>3</sup> )	
Farba	Miesta na sedenie	Celková hmotnosť (kg)		

## E. Poistné krytie

GARANT PLUS ☒ s limitom poistného plneniaEUROGARANT PLUS ☐ s limitom poistného plneniaŠkody na zdraví a pri úmrtí 2 500 000 EUR / 75 315 000 SKK  
Škody na majetku a ušlom zisku 700 000 EUR / 21 088 200 SKKŠkody na zdraví a pri úmrtí 2 500 000 EUR / 75 315 000 SKK  
Škody na majetku a ušlom zisku 2 000 000 EUR / 60 252 000 SKK

## F. Doba platnosti poistenia

Začiatok poistenia dňa	Od (hod:min)	Koniec poistenia dňa
------------------------	--------------	----------------------

G. Platenie poistného, poistné	SA1	SA2	SA3	SB1	SB2a	SB2b	SB3a	SB3b	SB4	SC	SD	SE	SF	SG1	SG2	SH	SI	SJ1	SJ2	SK1	SK2	SL1	SL2	SL3
R																								
M																								
N																								
S																								
Z																								
Forma platenia	<input checked="" type="checkbox"/> Zložienka / Vklad. lístok	<input type="checkbox"/> Príkaz k úhrade	<input type="checkbox"/> Bonus	Bonus %	Ročné poistné	EUR/SKK	Sláčka poistného	EUR/SKK	<input checked="" type="checkbox"/> ročne	<input type="checkbox"/> polročne	<input type="checkbox"/> štvrťročne	<input type="checkbox"/> mesačne												
Zlva ročná platba	Zlva viac poistení	Iná zlva	KOMBI	Spoluúčast																				

Poistné je bežné a je splátné 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 splátna v deň po uplynutí kalendárneho polroka, štvrťroka alebo mesiaca od dňa zhodného z dňom vzniku poistenia, alebo v deň nasledujúci po poslednom dni obdobia, za ktoré bola uhradená predchádzajúca splátka.

Zmluva uzavretá v dňa

Poistník svojim podpisom potvrdzuje prevzatie Všeobecných poistných podmienok a zmluvných dojednaní, ktoré sú súčasťou tejto 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 prehlasuje, že 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 z tejto poistnej zmluvy, pri poradenskej činnosti v oblasti poisťovníctva, ako aj ostatným subjektom podnikajúcim v poisťovníctve a združeniam týchto subjektov.

Podpis a odtlačok pečiatky poistníka	Podpis a odtlačok pečiatky zástupcu Komunálnej poisťovne, a.s.	Poistník, vlastník, držiteľ (nehodíacie prečiarknuť) prehlasuje, že dosiahol nasledovný počet bezškodových mesiacov:
--------------------------------------	--	--