

Sídlo spoločnosti: Štefánikova 17 811 05 BRATISLAVA	Číslo návrhu PZ 107 0 673243	Obchodník Tu nalepte/vpište číslo ziskateľa	Stredisko
IČO 31 595 545, IČ DPH SK2021097089	Interné číslo obchodníka	Obch. miesto	107
Zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I., oddiel: Sa, vložka č. 3345/B			

A. Poistník (ďalšie údaje o vlastníčkovi a držiteľovi sa vyplňajú iba v prípade, ak je odlišný 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 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 EUROGARANT PLUS ☐ s limitom poistného plnenia poistený ☐ má nárok ☐ nemá nárok

Škody na zdraví a pri úmrtí 5 000 000,00 EUR⁽¹⁾ Škody na zdraví a pri úmrtí 5 000 000,00 EUR⁽²⁾ na poskytnutie poistného plnenia z verejného prísľuhu poistovateľa v prípade vzniku škody na poistenom vozidle v dôsledku živeľnej udalosti

Škody na majetku a ušľom zisku 1 000 000,00 EUR⁽¹⁾ Škody na majetku a ušľom zisku 2 000 000,00 EUR⁽²⁾

⁽¹⁾ Limity poistného plnenia pre variant GARANT PLUS sú do 31.12.2011 vrátane nasledovné: 2 500 000,00 EUR pri škode na zdraví a pri úmrtí, 700 000,00 EUR pre škody na majetku a ušľom zisku

⁽²⁾ Limity poistného plnenia pre variant EUROGARANT PLUS sú do 31.12.2011 vrátane nasledovné: 2 500 000,00 EUR pri škode na zdraví a pri úmrtí, 2 000 000,00 EUR pre škody na majetku a ušľom zisku

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	Zložka / Vklad. lístok	Prikaz k úhrade	Bonus	Bonus %	Ročné poistné	EUR	45	Splátka poistného	EUR	45
Zlva za spôsob platby	Zlva za viac poistení	Iná zlva	KOMBI		ročne	polročne	štvrtročne	mesačne		

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, štvrtročných alebo v mesačných splátkach, následná polročná, štvrtročná alebo mesačná splátka poistného je splatná v deň po uplynutí kalendárneho polroka, štvrtroka 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	dňa
-------------------	-----

Poistník svojím podpisom potvrdzuje prevzatie Všeobecných poistných podmienok pre poistenie zodpovednosti za škodu spôsobenú prevádzkou motorového vozidla (technický rok) č. 705-2 a Zmluvných dojednaní pre poistenie zodpovednosti za škodu spôsobenú prevádzkou motorového vozidla (technický rok) č. 705-2, ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou poistnej zmluvy. Poistník prehlasuje, že uvedené údaje sú správne a pravdivé, zaväzuje sa každú zmenu bezodkladne oznámiť písomne poistovateľovi. Poistník prehlasuje, že poistenie vyplývajúce z tejto poistnej zmluvy nemá uzavreté s iným poistovateľom. V prípade, že by tak v budúcnosti vykonal, bezodkladne to oznámi poistovateľovi. Poistník vyhlasuje, 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 povinnosť vyplývajúca z tejto poistnej zmluvy, pri poradení 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 (nehodiace prečiarknuť) prehlasuje, že dosiahol nasledovný počet bezškodových mesiacov:
--------------------------------------	--	---

Pri ručnom vyplňovaní používajte veľké písmená. Tlačivo vyplníte čitateľne čiernym alebo modrým perom. V žiadnom prípade nie čínskym. Podľa predpísaného vzoru písma. Rukou písaný text nesmie v žiadnom prípade presahovať predtlačovaný rámik.

AAÄBCČDĎEEĚFGHHIJKLLLMNŇOOÖPQRŘSSŠTĹUUUVVWXYÝZZ 0123456789