

Konverzný kurz: 1 EUR = 30,1260 SKK

POISTNÁ ZMLUVA PRE SKUPINOVÉ POISTENIE

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

1.0.0.4.4.8.7.7.1.1

Variabilný
symbol

4801
 4802
 4805
 4809

900534

POISTNÍK	Priezvisko, meno, titul / názov firmy MATERSKÁ ŠKOLA DUBRAVA 54		
	Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / sídlo 053 05 DUBRAVA		PSČ 053 005
	Korrespondenčná adresa (ulica, číslo domu, mesto), ak je iná ako adresa trvalého bydliska		Kontaktný telefón 0907947623
	Dátum narodenia 17.10.2015		Podné číslo / IČO Bc. JANA ČUČVAROVÁ
		Štátna príslušnosť SK	

POISTENÍ	<input checked="" type="checkbox"/> mamý zoznam poistených	<input type="checkbox"/> nemenované osoby	OPRÁVNENÉ OSOBY	V prípade smrti poisteného má právo na plnenie osoba v zmysle § 817, odstavec 2 a 3 Občianskeho zákonníka.
----------	--	---	-----------------	--

ĎALŠIE DOJEDNANIA	Začiatok poistenia 30.09.2014	Koniec poistenia 31.08.2015	Doba poistenia <input checked="" type="checkbox"/> určitá <input type="checkbox"/> neurčitá	Interval platenia (počasné odúčalo) <input checked="" type="checkbox"/> razne <input type="checkbox"/> polročne <input type="checkbox"/> štvrtročne <input type="checkbox"/> mesačne <input type="checkbox"/> jednorazovo
	Spôsob platenia <input type="checkbox"/> prevodom z účtu DPU č.: <input type="checkbox"/> prevodom z účtu č.:		<input checked="" type="checkbox"/> poštou peňažný poukaz	<input type="checkbox"/> frank:
	V prípade zmeny riak poisteného, edišných od riak uvedených v tejto poistnej zmluve, je poisťovateľ oprávnený zmeniť výšku poistnej sumy alebo poistného maximálne o 10% podľa platných poistno-matematických záhad. V prípade neurčenia sa zachováva výška poistného. Žiadam zachovať výšku poistného: <input type="checkbox"/> výšku poistného <input type="checkbox"/> výšku poistnej sumy			

ÚRAZOVÉ POISTENIE	Prevažujúca: <input type="checkbox"/> športová činnosť <input type="checkbox"/> pracovná činnosť	Riziková skupina <input type="checkbox"/> Smer následkom úrazu <input checked="" type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu <input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením <input type="checkbox"/> Hospitalizácia následkom úrazu Počet osôb: 7	<input checked="" type="checkbox"/> Čas novohrubného liečenia následkov úrazu <input type="checkbox"/> Iné	SNU 1327,76	TNU 1327,76	ČNL 1327,76	Ročné / Jednorazové poistné za skupinu 16,24
				EUR	EUR	EUR	EUR
				SKK	SKK	SKK	SKK
				EUR	EUR	EUR	EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE	Prevažujúca: <input type="checkbox"/> športová činnosť <input type="checkbox"/> pracovná činnosť	Riziková skupina <input type="checkbox"/> Smer následkom úrazu <input type="checkbox"/> Iné následky úrazu <input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením <input type="checkbox"/> Hospitalizácia následkom úrazu Počet osôb: 	<input type="checkbox"/> Čas novohrubného liečenia následkov úrazu <input type="checkbox"/> Iné	SNU	TNU	ČNL	Ročné / Jednorazové poistné za skupinu
				EUR	EUR	EUR	EUR
				SKK	SKK	SKK	SKK
				EUR	EUR	EUR	EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina: Smrť následkom úrazu **SNU** Poistná suma: EUR SKK Poistné za skupinu: _____
 Trvalé následky úrazu **TNU** EUR SKK _____
 Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením **TNUP** EUR SKK _____
 Hospitalizácia následkom úrazu **UH** EUR SKK _____
 Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu **ČNL** EUR SKK _____
 iné _____ EUR SKK _____

Počet osôb: _____

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu: EUR SKK _____

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť pracovná činnosť

Riziková skupina: Smrť následkom úrazu **SNU** Poistná suma: EUR SKK Poistné za skupinu: _____
 Trvalé následky úrazu **TNU** EUR SKK _____
 Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením **TNUP** EUR SKK _____
 Hospitalizácia následkom úrazu **UH** EUR SKK _____
 Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu **ČNL** EUR SKK _____
 iné _____ EUR SKK _____

Počet osôb: _____

Ročné / Jednorazové poistné za skupinu: EUR SKK _____

POISTNÉ Lehota: 16,24 EUR SKK Ročné / Jednorazové poistné za zmluvu: 16,24 EUR SKK

Záverné ustanovenia

Poskytne o pokrivení v tejto poistnej zmluve predložujú, že ospravedlňuje v prípade, že svojimi zmluvnými a v účelú viera a obojstrannú zmluvu. Poskytne vyhlasuje, že súhlasí, aby poskytnutá dávka a peňažná jeho zmluvnej stav sa stávajú zdravotníckymi zariadeniami, osobami (osobami) zdravotníckymi zariadeniami a v ktorýchkoľvek lekciách. Tieto splnomocňujú zariadenia poskytovať na požiadanie lekárskych odborníkov, poskytnúť zdravotnú starostlivosť a v ktorýchkoľvek lekciách. Tieto splnomocňujú zariadenia poskytovať na požiadanie lekárskych odborníkov v zdravotných zariadeniach alebo k ich zapojeniu za účelom vykonania zdravotných opatrení zo strany poskytovateľa a tiež k poskytnutiu poistnej úhrady. Zároveň zbavuje zodpovednosť poskytovateľa zdravotných opatrení v zdravotných zariadeniach a jeho zdravotným stavom. Môže tohto rozhodnutia ma táto poistná zmluva ako originál.

Poskytne o tejto poistnej zmluve oznámil, že mu poskytovateľ poskytnú všetky informácie potrebné na uzavretie poistnej zmluvy, súhlasí, že na výslovný požiadanie poskytovateľa a žiadanými doplnkami poskytovateľa poskytnú. Všetky potrebné informácie a žiadané doplnky poskytnú poskytovateľovi poistnej zmluvy. Poskytovateľ môže údaje o zdravotných osobách (poskytne, zdravotní, opatrovník osoby) získať a spracovávať v súlade so zákonom 1. 8/2005 Z.z. o poskytovateľovi na účely identifikácie, uzatvorenia poistnej zmluvy, somy poskytnutia, ako aj na ďalšie účelom stanovenej úlohy.

Poskytovateľ a poskytnú sa dohodli, že ak je táto poistná zmluva uzavretá v záhlaví ako náhrada poistnej zmluvy poistných zmluv, poistná zmluva (poistná zmluva), uvedená v záhlaví ako náhrada, zanikne v celom rozsahu v okamihu, keď bude poskytnutá zdravotná lekárska pomoc poskytnúť zmluvu, súčasne bude nahradená touto poistnou zmluvou a podmienkami a doplnkami, ktoré sa k nej vzťahujú.

Na poskytnutie poskytnutého poskytnutia sa čísla uvedená v poistnej zmluve poskytujú za kontaktný a v prípade, že osoba mať poistného vydatku, môže k tomu, že poskytnúť poistnú zmluvu osobne, súhlasí poskytovateľovi, zdravotníckym formou originálneho poskytovateľa banky účtu iný. V prípade zmluvy účtu alebo rozšírenia zmluvy účtu, môže poskytovateľ zodpovednosť za pripadajúce poskytnutie poskytnúť.

Každá zo zmluvných strán môže poistnú zmluvu vypovedať do 2 mesiacov od jej uzavretia, vypovedná lehota je 8 dní. Je upravená poistná zmluva zmluvou.

V súlade s § 2 ods. 3) Zákona č. 659/2007 Z.z. o zavadení meny euro v Slovenskej republike sa konečné sumy v eurách po prepočte podľa konverzného kurzu zaskráňujú na dve desiatimie miesta na najbližšie euro cent podľa pravidiel ustanovených osobitným predpisom. Po 1. 1. 2009 je hodnota uvedená v SKK len informatívna.

Čučorazová FE 120858 **MATERSKÁ SKOLA**
 poistník poistníka (Bžat.číslo/národné číslo) rotačné číslo/číslo poistky žltá OP-číslo CP **053 05 D Ú B R A V A**
 v DUBRAVE dňa 29.09.2014 **okr. LEVOČA**
 podpisovateľ peňažná firma

Podpísaný sprostredkovateľ poskytnutia (meno/Bžat.číslo): _____, svojím podpisom potvrďujem overenie totožnosti podpisovateľa, zodpovedám za správnosť uvedených údajov a v mene poskytnutia uzatváram poistnú zmluvu.

Súčasťou poistnej zmluvy sú príložené dodatky: menný zoznam osobitné zmluvné doplnky iné: _____

Základný poskytovateľ

OSOBITNÉ ZMLUVNÉ DOJEDNANIA – K- ŠKOLE
DODATOK K ZMLUVE PRE SKUPINOVÉ POISTENIE
Číslo:

Konverzný kurz: 1 EUR = 30,1260 SKK

Druh poistenia: **SKUPINOVÉ POISTENIE**

Poistovateľ poskytne poistnú ochranu počas doby poistenia v súlade s podmienkami tohoto poistenia. Táto poistná zmluva, prehľad poistného plnenia, zmluvné dojednania a akékoľvek písomné dodatky tvoria spolu jeden dokument a akékoľvek slovo alebo výraz, ktorému sa prikladá špecifický význam v tejto poistnej zmluve bude mať tento význam, nech sa objaví kdekoľvek v tejto zmluve alebo v ktoromkoľvek dodatku k nej pripojenom.

I. Predmet a rozsah poistenia

Poistník uzatvára s poisťovateľom poistnú zmluvu pre skupinové poistenie menovaných osôb. Poistenie sa dojednáva na dobu, uvedenú v poistnej zmluve, maximálne na dobu jedného roka.

Ide o úrazové poistenie, ktoré sa vzťahuje:

Variant A

- na trvalé následky úrazu, ku ktorému dôjde výlučne počas školského roka a len v súvislosti so školskou činnosťou v priestoroch školy, školského areálu alebo na akciách poriadaných školou, s nárokom výplaty vyplývajúcej z poistnej udalosti pre poškodeného.
- na čas nevyhnutného liečenia úrazu, ku ktorému dôjde výlučne počas školského roka a len v súvislosti so školskou činnosťou v priestoroch školy, školského areálu alebo na akciách poriadaných školou, s nárokom výplaty vyplývajúcej z poistnej udalosti pre poškodeného.

Poistné sumy:

Trvalé následky úrazu.....príslušné % zo sumy 1 327,76 EUR / 40 000,- SKK

Čas nevyhnutného liečenia úrazu..... príslušné % zo sumy 1 327,76 EUR / 40 000,- SKK

Variant B

- na trvalé následky úrazu, ku ktorému dôjde výlučne počas školského roka a len v súvislosti so školskou činnosťou v priestoroch školy, školského areálu alebo na akciách poriadaných školou, s nárokom výplaty vyplývajúcej z poistnej udalosti pre poškodeného.
- na čas nevyhnutného liečenia úrazu, ku ktorému dôjde výlučne počas školského roka a len v súvislosti so školskou činnosťou v priestoroch školy, školského areálu alebo na akciách poriadaných školou, s nárokom výplaty vyplývajúcej z poistnej udalosti pre poškodeného.

Poistné sumy:

Trvalé následky úrazu.....príslušné % zo sumy 5 311,03 EUR / 160 000,- SKK

Čas nevyhnutného liečenia úrazu..... príslušné % zo sumy 1 991,64 EUR / 60 000,- SKK

OSOBITNÉ ZMLUVNÉ DOJEDNANIA – K- ŠKOLE
DODATOK K ZMLUVE PRE SKUPINOVÉ POISTENIE
Číslo:

Pre obidva tarify sa odchýlne od Všeobecných poistných podmienok dojednáva nasledovné:

1. Plnenie za trvalé následky úrazu:

Poistovateľ určí výšku plnenia tak, aby zodpovedalo povahe a rozsahu telesného poškodenia, spôsobeného úrazom. Poistovateľ má povinnosť plniť, ak takto stanovená výška plnenia je najmenej 1%.

2. Plnenie za prechodné následky úrazu (čas nevyhnutného liečenia):

V prípade úrazu poisteného, vypláti poisťovateľ poistenému percentuálnu časť z poistnej sumy za priemerný čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu podľa oceňovacích tabuliek, ak takto stanovená výška je najmenej 2,5 %.

II. Poistené osoby

Poistenie sa vzťahuje na žiakov školy a pracovníkov pedagogického zboru v pracovno-právnom pomere s poisťníkom, uvedených v priloženom zozname, ktorý sa stáva neoddeliteľnou súčasťou poistnej zmluvy.

Pre potreby tohoto poistenia sa vyhotoví zoznam poistených osôb, na ktorom bude uvedené:

- meno a priezvisko
- rodné číslo, resp. dátum narodenia
- adresa bydliska
- celková výška poistného

III. Začiatok a koniec poistenia

Poistenie začína dňom, nasledujúcim po dni uzatvorenia poistnej zmluvy, najskôr však 1.9. príslušného kalendárneho roka.

Poistenie končí 31.8. roka, uvedeného v poistnej zmluve ako koniec poistenia.

Poistenie zanikne aj ukončením registrácie žiaka u poisťníka, ukončením pracovno-právneho pomeru alebo zánikom poistnej zmluvy, podľa toho čo nastane skôr.

IV. Poistné

Výška poistného pre variant A je : 2,32 EUR / 69,89 Sk na osobu,
pre variant B je : 4,32 EUR / 130,14 Sk na osobu

Poistenie sa uzatvára na dobu jedného roka.

Poistné sa platí v rovnakej výške bez ohľadu na to, kedy poistený vstúpil do poistenia. Nespotrebované poistné sa nevracia.

Škola je povinná vyhotoviť menný zoznam poistených a uhradiť za nich poistné. V priebehu roka je možné zoznam aktualizovať. V aktualizácii je potrebné uviesť prírastok alebo úbytok poistených v tvare podľa čl.II. Platnosť poistenia pre poistených, uvedených v aktualizovanom zozname, začína odo dňa doručenia tohoto zoznamu poisťiteľovi.

Poistné sa hradí vopred na celú poistnú dobu, vždy do 30.9. kalendárneho roka.

OSOBITNÉ ZMLUVNÉ DOJEDNANIA – K- ŠKOLE
DODATOK K ZMLUVE PRE SKUPINOVÉ POISTENIE
Číslo:

0178195386 / 0900 SLSP, a.s. alebo 1200222008 / 5600 Dexia banka Slovensko, a.s.
Ako variabilný symbol sa uvedie číslo poisťnej zmluvy.

V.Ostatné dojednania

Poisťovateľ oboznámi poistníka so všetkými skutočnosťami, týkajúcimi sa poistenia osôb, s právami a povinnosťami poistených v zmysle tejto zmluvy, ako aj so spôsobom spolupráce v prípade poisťnej udalosti.

Poistník je povinný viesť evidenciu úrazov, na základe ktorej musí potvrdiť, že došlo k úrazu v súvislosti so školskou činnosťou – v priestoroch školy, školského areálu, alebo na akciách poriadaných školou.

Ten, komu z poistenia vznikne právo na plnenie, je povinný ihneď uvedenú skutočnosť oznámiť zodpovednému pracovníkovi školy, ktorý mu vydá Potvrdenie o úraze a zároveň poisťovateľovi písomne oznámiť na tlačive Oznámenie poisťnej udalosti, že utrpel úraz. K písomnému oznámeniu je povinný priložiť Potvrdenie o úraze.

Poisťovateľ zabezpečí, že s poistnými podmienkami pre toto poistenie budú poistené osoby oboznámené.

VI.Záverečné ustanovenia

Akákoľvek zmena alebo ďalší dodatok k zmluve musia byť vyhotovené písomnou formou.

V súlade s § 2 ods. 3) Zákona č. 659/2007 Z. z. o zavedení meny euro v Slovenskej republike, sa konečné sumy v eurách po prepočte podľa konverzného kurzu zaokrúhľujú na dve desatinné miesta na najbližší eurocent podľa pravidiel ustanovených osobitným predpisom. Údaje o prepočte na menu euro sú len pre informatívne účely.



.....
za poisťovateľa (sprostredkovateľ poistenia)

V DUBRAVE 29.9.2014

MATERSKÁ ŠKOLA
053 05 DUBRAVA
okr. LEVOČA

.....
za poistníka

V DUBRAVE 29.9.2014



Príloha č.1 k Zmluve o výpožičke 0849/2014

PROTOKOL O ODOVZDANÍ A PREVZATÍ: 2132594-10706

Odovzdávajúci:

Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu SR

Stromová 1, 813 30 Bratislava

IČO: 164381

DIČ: 2020798725

V mene Odovzdávajúceho odovzdal:

DATALAN

Galvaniho 17/A, 821 04 Bratislava

IČO: 35810734

DIČ: 2020259175

Preberajúci / miesto dodania:

Názov školy:

Materská škola

Kód školy:

710030509

ITMS:

21110120046

zmluva:

0849/2014

Adresa:

Dúbrava 54, 05305 Dúbrava

Kontakt:

Bc. Jana Čučvarová

Telefón:

0907/947673

E-mail:

msdubrava@centrum.sk

Popis techniky	Počet ks	cena za ks bez DPH	cena za ks s DPH
1 Interaktívna tabuľa	1	1 500,00 €	1 800,00 €
		Výrobné číslo:	Majetkové číslo:
* Interaktívna tabuľa - ActivBoard Touch		C1310210214	95031875
* Projektor - Epson EB-420		QCHF3Y1237L	---
* Konzola k projektoru s príslušenstvom		---	---
2 Notebook	1	580,00 €	696,00 €
MS Windows, MS Office standard, ESET antivirus (SW je predinštalovaný)		Výrobné číslo:	Majetkové číslo:
* Notebook - Lenovo ThinkEdge 545 MŠ		MP04TNHL	95035859
3 Tlačiareň	1	350,00 €	420,00 €
		Výrobné číslo:	Majetkové číslo:
* Tlačiareň osobná farebná - OKI C321dn		AK3A056658	95027249
* Toner OKI čierny pre C321DN		---	---
4 WiFi Router	0		
5 Tablet	0		
Servisné stredisko DATALAN, a.s., Púchovská 8, 831 06 Bratislava mail: DIGISKOLAservis@datalan.sk . http: www.datalan.sk		celkom bez DPH:	2 430,00 €
		celkom s DPH:	2 916,00 €

Záručné podmienky podľa Reklamačného poriadku a Zmluvy číslo 0809/2013 v znení dodatkov uzatvorenej dňa 19.11.2013 medzi MŠVVaŠ SR a DATALAN, a.s. Záručná doba 36 mesiacov (batéria NB 12 mesiacov).

Odovzdal: **DATALAN, a.s.**

Dátum: 15.05.2014

DATALANPobožka: Púchovská 8, 831 06 Bratislava
Sídlo: Galvaniho 17/A, 821 04 Bratislava
IČO: 35810734 DIČ: 2020259175

pečiatka, podpis

Meno a priezvisko preberajúcej osoby:

MATERSKÁ ŠKOLA
053 05 D Ú B R A V A
okr. LEVOČA

Čučvarová

pečiatka, podpis

FORMULÁR O PODMIENKACH UZAVRETIA POISTNEJ ZMLUVY A ZÁZNAM Z ROKOVANIA
SPROSTREDKOVATEĽA POISTENIA S KLIENTOM PRED UZAVRETÍM ALEBO ZMENOU POISTNEJ ZMLUVY

vyhotovený v súlade s ust. § 37 ods. 3 zák. č. 8/2008 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov, v zmysle zák. č. 186/2009 Z.z. o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v zmysle zákona č.297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „záznam“)

Meno a priezvisko / Obchodné meno finančného agenta, názov: JOZEF GRIGER E-mail: Kontaktný telefón: 0990 996 446
Trvalý pobyt (prechodný pobyt) / Miesto podnikania / Sídlo: 013 31 VYŤNÉ REMIÉ 90
Právna forma (pri podnikajúcej osobe): Registrčné číslo v Národnej banke Slovenska:

ktorý koná v mene spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, IČO: 31 595 545, (ďalej len „sprostredkovateľ poistenia“)

A. Meno a priezvisko osoby, ktorá sa informuje o možnostiach poistenia a finančných služieb: ČUČIAROVÁ JANA, IČO: 4801900534
Trvalý pobyt / Sídlo: KONTAKTNÝ TELEFÓN:
Rodné číslo / Dátum narodenia: 20.07.1940 St. prist.: 58 Číslo bankového účtu*:
Identifikácia: Druh dokladu totožnosti: Číslo dokladu totožnosti: Platný do: Vydaný kým:
B. Meno a priezvisko osoby, pre ktorú má byť uzatvorené poistenie: Obchodné meno, názov právnickej osoby, pre ktorú má byť uzatvorené poistenie: HT DUBRAVA
Trvalý pobyt / Sídlo: KONTAKTNÝ TELEFÓN:
Rodné číslo / IČO: St. prist.: Číslo bankového účtu*:
Identifikácia: Druh dokladu totožnosti: Číslo dokladu totožnosti: Platný do: Vydaný kým:

Vzťah medzi osobou "A" a "B": rodinný príslušník iný spôsob -> špecifikujte: (aj viacerá možnosť súčasne) "A" je zamestnancom "B" spolmajiteľ

ktorý má v úmysle využiť, resp. využíva finančné a poisťovacie služby spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, (ďalej len „klient“)
spísali tento záznam o rokovaní sprostredkovateľa poistenia s klientom vo vzťahu k uzatvoreniu alebo k zmene poistnej zmluvy so spoločnosťou KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group.

Spôsob kontaktovania poisťovne s klientom: klient sa aktívne ohlásil sám internet odporúčanie iný spôsob -> špecifikujte: obchodník - telefonický kontakt banka list poštou informačný leták - dotazník

KLIENT MÁ ZÁJEM DOJEDNAŤ NASLEDOVNÚ FINANČNÚ SLUŽBU/POISTENIE, RESP. ZMENU V POISTNEJ ZMLUVE: (toto chce klient) 1. ÚPRAVY POISTENIA ŽIAKOV 3. ŽIADNE

KLIENTOVÉ DŮVODY PRE VÝBER FINANČNÝCH SLUŽIEB POISTOVNE, NA ZÁKLADE KTORÝCH SPROSTREDKOVATEĽ POISTENIA POSKYTUJE SVOJE ODPORÚČANIE PRE VÝBER DANÉHO POISTNÉHO PRODUKTU SPOJENÉHO S PREDPISANÝMI FIN. OPERÁCIAMI: 2. DŮVERA V KRAJ 4. I - PRÁVIE

POISTNÉ RIZIKÁ - POPIS POISTENIA ALEBO SÚBORU POISTENÍ, KTORÉ MÔŽU BYŤ DOJEDNANÉ V POISTNEJ ZMLUVE (POISTNÝ PRODUKT) Z HĽADISKA POISTNÝCH RIZÍK: 5. V PRÍPADE PŮ VYPĽATI KRAJ PŮ PODĽA VIP a PŮ

VŠEOBECNÁ CHARAKTERISTIKA POISTNÉHO PLENENIA Z POISTENIA ALEBO SÚBORU POISTENÍ, KTORÉ MÔŽU BYŤ DOJEDNANÉ V POISTNEJ ZMLUVE: 6. VARIANT 6

ĎALŠIE VÝHODY, KTORÉ MÔŽU BYŤ DOJEDNANÉ V POISTNEJ ZMLUVE (POISTNOM PRODUKTE): 7.

KLIENT VÝSLOVNE ODMIEŤLO VYUŽIŤ NASLEDOVNÉ FINANČNÉ-POISTNÉ SLUŽBY (POISTNÉ PRODUKTY) AJ NAPRIEK UPOZORNENIU SPROSTREDKOVATEĽA POISTENIA NA MOŽNOSŤ ICH VYUŽITIA: 8. INÝ DRUH POISTENIA

PREHLÁSENIE / POTVRDENIE Klient svojím podpisom potvrdzuje správnosť a úplnosť tohto záznamu. Zároveň svojím podpisom potvrdzuje, že sa oboznámil so všetkými informáciami uvedenými na str. č. 3. a 4. tohto záznamu a že prevzal jeho kópiu. Na základe slobodnej voľby klienta je číslo pripravovanej poistnej zmluvy/poistného návrhu -> 4801900534

Klient berie na vedomie, že tento záznam nie je návrhom na uzavretie poistnej zmluvy niektorej zo zúčastnených strán v zmysle príslušných občianskoprávných predpisov. Klient zároveň berie na vedomie, že informácie nachádzajúce sa v tomto zázname poskytuje sprostredkovateľovi poistenia v zmysle zákona č. 186/2009 Z.z. o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve a že budú spracúvané v informačnom systéme sprostredkovateľa poistenia, resp. spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group.

Klient zároveň berie na vedomie, že jeho osobné údaje spracováva poisťovňa podľa § 10 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Klient 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 poisťovne.

Sprostredkovateľ poistenia týmto vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že identifikoval a overil identifikáciu poistníka na základe jeho dokladu totožnosti (OP/pas).

V DUBRAVE dňa 20.9.2014 GRIGER JOZEF ČUČIAROVÁ JANA
čas jednania (hod.min.) 15 min. Meno a priezvisko sprostredkovateľa poistenia / podpis (v prípade fin. agenta - makléra uvedte meno a priezvisko osoby zastupujúcej tohto makléra) Meno a priezvisko (paličkovým písmom)/podpis klienta

* vyplňovať len v prípade rokovaní o možnosti uzavretia ZP
INŠTRUKCIA PRE SPROSTREDKOVATEĽA POISTENIA! Toto stranu formulára (strana 1/4) je potrebné vyplňať vždy! (Ten, pri rokovaní o možnosti uzavretia akéhokoľvek druhu poistenia.)
Strana 1/4