

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 107 0 623627 Interné číslo obchodníka	Obchodník Tu nalepte/vpíšte číslo získateľa	Stredisko Obch. miesto 107
--	---	--	----------------------------------

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

Číslo poistnej zmluvy	Predčíslo 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
Tovar. 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⁾
Škody na majetku a ušlom zisku	1 000 000,00 EUR ⁽¹⁾	Škody na majetku a ušlom 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 ušlom 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 ušlom 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	Zloženka / Vklad. listok	Príkaz k úhrade	Bonus	Bonus %	Ročné poistné	Splátka poistného																		
Zláva za spôsob platby	Zláva za viac poistení	Iná zláva	KOMBI																					

SLSP 0178195336/0900, Variabilný symbol je č. PZ

Poistné je božné a je splatné prvého dňa poistného obdobia, ktorého začiatok sa zhoduje s dňom vzniku poistenia. Ak bolo dojednané platenie poistného v polročných, štvrtročných alebo mesačných splátkach, následná polročná, štvrtročná alebo mesačná splátka poistného je splatná v deň po uplynutí kalendárneho polroka, štvrtroka alebo mesiaca od dňa zhotovenia 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 poisťovateľovi. Poistník prehlasuje, že poistenie vyplývajúce z tejto poistnej zmluvy nemá uzavrieť s iným poisťovateľom. V prípade, že by tak v budúcnosti vykonal, spôsobujúce to oznámi poisťovateľovi. Poistník prehlasuje, že v zmysle zákona č. 28/2002 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 potrebnú na zabezpečenie výkonu poistnej zmluvy a ďalšie povinnosti vyplývajúce z tejto poistnej zmluvy. Zároveň dáva súhlas, aby jeho osobné údaje poisťovňa poskytovala do iných štiatov, pokiaľ to bude potrebné na zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností vyplývajúcich z tejto poistnej zmluvy, pri poradenskej činnosti v oblasti poisťovníctva a ďalších súvisiacich podnikateľských a združovacích činnostiach.

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:
--------------------------------------	--	--

Pri ručnom vyplňovaní používajte veľké písmená. Tlačivo vyplníte tlačiarne digitálnou alebo ručnou perom. V žiadnom prípade nie čínskym, podľa predpisného vzoru písma. Ručnou písaný text nesmie v žiadnom prípade prešahovať predtlačný rámec. AAABCCDDDEEEFGHHIJKLLMMNNNOOPPPRRSSSTTUUVVWWXXYYZZ 0123456789 V prípade, že áno