

POISTNÁ ZMLUVA PRE ÚRAZOVÉ POISTENIE NEMENOVANÝCH OSÔB, PREPRAVOVANÝCH MOTOROVÝM VOZIDLOM



VIENNA INSURANCE GROUP

KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group

Štefanikova 8 811 05 Bratislava

IČO 31 695 545 Ochoch reg. okr. súd Ba I, oddiel Sa vložka č. 3345/B

Číslo účtu v banke: 0178195386/0900 1200222008/5600

SP

333 1166931
Variabilný symbol

POISTNÍK	Priezvisko, meno, priezvisko a názov firmy OBEC - SIMEĽNE		Muz. <input checked="" type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/>
	Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / sídlo SIMEĽNE		PSČ 029 416 Kontaktný telefón 031 524434
	Adresa podnikateľskej adresy (ulica, číslo domu, mesto), ak má inú ako adresu trvalého bydliska		PSČ Telefon do práce
	Identifikačné číslo 00314262	Rodný číslo (ID) MR. JOSEF GABRIEL	Štátny občianstvo SK
Zamestnávateľ (názov, organizácie, adresa)			

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: **19082013** Doba poistenia: neurčita Interval platenia (poistné obdobie): mesačne štvrťročne šesťmesačne ročne

Spôsob platenia: úhratou pri zápisu prevodom z účtu poštovou diaľničnou poukážkou inak

ÚRAZOVÉ POISTENIE	<input checked="" type="checkbox"/> smrť následky úrazu	PLN	Poistná suma 33 193,91 EUR	Lehotné poistné 81,66
	<input checked="" type="checkbox"/> trvalé následky úrazu	PLN	86 324,83 EUR	

Dotazník o pracovnej činnosti: autokoľo poľnohospodárstvo/obchod iné Prázdne

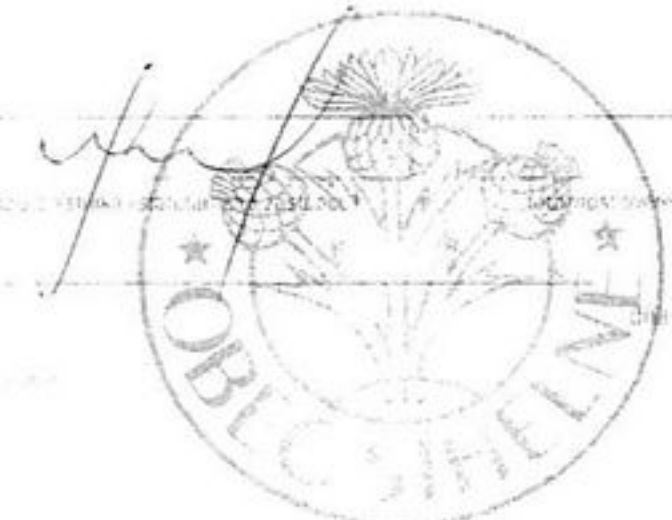
Celkové poistné: Lehotné EUR **81,66** Ročné EUR **81,66**

Záverne ustanovenia

1. Táto zmluva je uzatvorená medzi poistovateľom a poisteným, ktorí sú právoplatne spôsobilými na právne úkony. Poistovateľ je povinný poskytnúť poistenému všetky potrebné informácie o podmienkach poistenia a o možnostiach odškodnenia. Poistený je povinný poskytnúť poistovateľovi všetky potrebné informácie o svojom zdravotnom stave a o zdravotných problémoch, ktoré má, a o zdravotných problémoch, ktoré má, a o zdravotných problémoch, ktoré má.

2. Poistený je povinný poskytnúť poistovateľovi všetky potrebné informácie o svojom zdravotnom stave a o zdravotných problémoch, ktoré má, a o zdravotných problémoch, ktoré má.

3. Poistený je povinný poskytnúť poistovateľovi všetky potrebné informácie o svojom zdravotnom stave a o zdravotných problémoch, ktoré má, a o zdravotných problémoch, ktoré má.



Podpis zástupcu zmluvníka: **19082013**

Podpis zmluvníka: **19082013**

Podpis zmluvníka: **19082013**

MOTOROVÉ VOZIDLÁ, KU KTORÝM SA POISTENIE DOJEĽNAVA	P.Č.	Tovarenská značka a typ	Počet sedadiel	Číslo motora / karosérie*	ŠPZ		
						1	2
	1	ŠKODA OCTAVIA	5	TMBB 2170 4980181 23	NO 226 3N		
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						
	7						
	8						