



Auto & Voľnosť - KASKO Súborové poistenie vozidiel

Návrh

Číslo PZ:

8001061301

Oblasť KASKO

8 4 1 0 0

>> CB <<

Nákladové číslo

911

Ziskateľské číslo

NOVÁ ZMLUVA

POISTNÍK (platiteľ poistného)

| | | | | | |
|---|---|-------------------|------------|--------------------|--|
| Názov právnickej osoby | Slovenská inovačná a energetická agentúra | | | IČO | 00002801 |
| Adresa v SR, ulica, číslo domu | Bajkalská 27 | | | | |
| PSČ | 827 99 | Miesto | Bratislava | Tel. číslo / mobil | |
| DIČ | | Kategória klienta | 120 | Platca DPH | <input checked="" type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie |
| E-mail | | | | | |
| Korešpondenčná adresa - vyplňa sa len v prípade, ak je odlišná od adresy poistníka Ulica, číslo domu, PSČ, miesto | | | | | |

PLATENIE POISTNÉHO

| | | | | | |
|-----------------|--------------------|----------------------|-------|------------|-----------|
| Spôsob platenia | prevodným príkazom | Periodicita platenia | ročne | Číslo účtu | Kód banky |
|-----------------|--------------------|----------------------|-------|------------|-----------|

DOBA TRVANIA POISTENIA (Ak nie je špecifikovaná hodina začiatku poistenia, poistenie sa začína, resp. mení nultou hodinou dňa uvedeného ako začiatok, resp. zmena poistenia a končí sa nultou hodinou dňa uvedeného ako koniec poistenia.)

| | | | | | | | |
|--------------------|----------|------------------------------------|------|------------------|----------|---------------------------------|------|
| Začiatok poistenia | 1.1.2015 | Hodina a minúta začiatku poistenia | 0:00 | Koniec poistenia | 1.1.2016 | Hodina a minúta konca poistenia | 0:00 |
|--------------------|----------|------------------------------------|------|------------------|----------|---------------------------------|------|

POISTENÝ zhodný s poistníkom (údaje sa nevyplňajú, ak sú zhodné s poistníkom)

| | | | |
|--------------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| Názov právnickej osoby | | IČO | |
| Adresa v SR, ulica, číslo domu | | | |
| PSČ | | Miesto | |
| DIČ | | Kategória klienta | |
| Platca DPH | | Áno | <input type="checkbox"/> |
| Nie | <input type="checkbox"/> | E-mail | |

V prípade, ak počas trvania poistnej zmluvy nastane na poistenom vozidle poistná udalosť, z ktorej bude vyplatené poistné plnenie, stráca poistník, od poistného obdobia nasledujúceho po poistnom období v ktorom bolo vyplatené poistné plnenie, nárok na zľavu za segmentáciu, ak tak rozhodne poisťiteľ a je povinný platiť poistné vo výške bez zľavy za segmentáciu.

Výška zľavy **45,00%**Celkové ročné poistné **7 381,65 €**Splátka poistného **7 381,65 €****PREDBEŽNÉ POISTENIE**

Predbežné poistenie sa riadi všeobecnými poistnými podmienkami pre poistenie KASKO. Predbežné poistenie vzniká dňom začiatku poistenia uvedenom v tomto návrhu na uzavretie poistnej zmluvy za podmienky, že návrh na uzavretie poistnej zmluvy bol podpísaný zástupcom poisťovateľa. Predbežné poistenie zaniká uplynutím doby 60 kalendárnych dní od začiatku poistenia alebo dňom uzavretia poistnej zmluvy alebo dňom doručenia odmietnutia návrhu na uzavretie poistnej zmluvy. Tento návrh na uzavretie poistnej zmluvy, riadne vyplnený a podpísaný osobou, ktorá uzatvára poistnú zmluvu je spolu s dokladom o zaplatení prvej splátky v plnej výške potvrdením preukazujúcim dojednanie predbežného poistenia.

Poistník prevzal a bol oboznámený a súhlasí so znením Všeobecných poistných podmienok (VPP) a zmluvných dojednaní, ktoré upravujú poistenie a sú súčasťou tohto návrhu.

 VPP, číslo tlačiva **M/157/10/2** zmluvné dojednanie, číslo tlačiva VPP iné, číslo tlačiva
Poznámky:

Príloha č. 1: Zoznam vozidiel ku dňu začiatku poistenia

Príloha č. 2: Všeobecné poistné podmienky pre poistenie KASKO 2010

Podmienkou pre poskytnutie poistného plnenia z rizika krádež je (okrem iného) zabezpečenie vozidiel v zmysle VPP KASKO 2010.

| | | | | | |
|-------------|------------|-------------------|------------|-------------------------------|------------|
| Číslo účtu: | XXXXXXXXXX | Variabilný symbol | XXXXXXXXXX | Výška prvej splátky poistného | 7 381,65 € |
|-------------|------------|-------------------|------------|-------------------------------|------------|

| | | |
|-----------------------------|-----------------|---|
| Získateľ (priezvisko, meno) | Číslo získateľa | Kontakt na získateľa (tel. č., e-mail, fax) |
|-----------------------------|-----------------|---|

| | |
|--------------------------|----------------|
| Číslo predbežného krytia | Dátum a hodina |
|--------------------------|----------------|

Vyhlasenie poistníka

Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol oboznámený s príslušnými platnými všeobecnými poistnými podmienkami, zmluvnými dojednaniami a ustanoveniami uvedenými na tomto návrhu alebo prílohách, prevzal som ich a súhlasím s nimi. Zároveň svojím podpisom potvrdzujem pravdivosť uvedených údajov a žiadam o uzatvorenie / zmenu poistenia v rozsahu tohto návrhu. Ďalej svojím podpisom udeľujem poisťiteľovi v súlade s ustanovením § 7 zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane údajov neodvolateľný súhlas so spracovaním svojich osobných údajov uvedených v návrhu poistnej zmluvy v informačných systémoch poisťiteľa a to za účelom a po dobu poskytovania poistenia a činnosti s tým súvisiacich. Zároveň súhlasím s postúpením údajov poskytnutých poisťiteľovi na iné subjekty vrátane ich cezhraničného toku do krajín Európskej únie v súvislosti s výkonom poisťovacej činnosti.

V Bratislave dňa _____

Podpis poistníka (poisteného)

Vyhlasenie poisťiteľa

Potvrdzujem prevzatie tohto návrhu na uzavretie (zmenu) poistnej zmluvy menom UNIQA poisťovne, a.s. Poistná zmluvavzníka (zmení sa) doručením oznámenia o prijatí návrhu poisťiteľom klientovi v lehote šiestich týždňov odo dňa prevzatia návrhu. Svojím podpisom prehlasujem, že som prevzal návrh poistnej zmluvy a vykonal identifikáciu klienta v zmysle § 7 a 8 zákona č. 297/2008 Z. z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu a to overením totožnosti poisteného/poistníka na základe preukazu totožnosti.

V Bratislave dňa _____

Meno obchodného zástupcu

Podpis obchodného zástupcu poisťiteľa

| | | |
|-----------------------------|---|--------------------------------------|
| Prijaté do poistenia /dátum | Príjmateľ rizika (priezvisko, meno, podpis) | Vypracoval: andrej.valko@uniqa.sk |
|-----------------------------|---|--------------------------------------|

UNIQA poisťovňa, a.s., Lazaretská 15, 820 07, Bratislava 27, Slovenská republika