

Dotazník pre flotilové poistenie MOTOROVÝCH VOZIDIEL

POISTNÍK/POISTENÝ

28.6.2023

<input checked="" type="checkbox"/> Právnická osoba/Fyzická osoba podnikateľ		<input type="checkbox"/> Fyzická osoba	
Názov firmy / Meno, priezvisko, titul Implementačná agentúra Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky		IČO / Rodné číslo 30854687	
Sídlo / Miesto trvalého pobytu (aj dodacia pošta) Špitálska 2206/6 Bratislava	PSČ 81455	Štát SR	
Korešpondenčná adresa - ulica, č.d., PSČ, mesto		Kontaktná osoba (Meno, priezvisko, titul) Peter Horváth	
Tel. číslo 908 562 853	E-mail Peter.Horvath@ja.gov.sk	Web. stránka	
OSOBA OPRAVNENÁ V MENE PRAVNICKEJ OSOBY UZAVRIEŤ POISTNÚ ZMLUVU			
Meno, priezvisko, titul Ing. Andrej Svitač		Pozícia (napr. konateľ, poverený zamestnanec) generálny riaditeľ	
Meno, priezvisko, titul		Pozícia (napr. konateľ, poverený zamestnanec)	

UDAJE O POISTENI

Požadovaný začiatok poistenia		deň, mesiac, rok	
Deň,mesiac,rok	1.7.2023	Poistná doba	<input type="checkbox"/> neurčitá <input checked="" type="checkbox"/> určitá - do 30.6.2024
Spôsob platenia poistného		Druh platby	
<input checked="" type="checkbox"/> - ročne <input type="checkbox"/> - polročne <input type="checkbox"/> - štvrťročne		<input type="checkbox"/> poštovou poukážkou <input checked="" type="checkbox"/> bankovým prevodom	
		Bankové spojenie IBAN:	
		BIC:	
Účel použitia vozidiel <input checked="" type="checkbox"/> bežný <input type="checkbox"/> iný ako bežný			
<input type="checkbox"/> taxislužby alebo preprava osôb za úhradu		<input type="checkbox"/> autopožičovne a vozidlá na prenájom	
<input type="checkbox"/> súťažné motorové vozidlá		<input type="checkbox"/> vozidlá s právom prednostnej jazdy <input type="checkbox"/> autoškola	
<input type="checkbox"/> preprava nebezpečného nákladu		<input type="checkbox"/> iné	
Je poistený platiteľom DPH? <input checked="" type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie			
Boli ste doteraz niekde poistený?		Máte u nás uzatvorené nejaké poistenie?	
<input type="checkbox"/> nie <input checked="" type="checkbox"/> áno - uveďte predošlého poisťovateľa GROUPAMA		<input checked="" type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno - uveďte číslo poistnej zmluvy	
Mali ste nejaké škody v predchádzajúcich obdobiach?			
<input checked="" type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno - uveďte aké (rok a miesto vzniku, poškodené veci, príčina a výška škody):			

PRODUKT

<input checked="" type="checkbox"/> PZP Poistenie		<input type="checkbox"/> KASKO Poistenie	
Poistné krytie: škody na zdraví/majetku		Pripoistenia ku KASKU:	
základný limit		<input type="checkbox"/> úrazové pripoistenie na PS 35 000 €	
<input checked="" type="checkbox"/> 5 240 000 € / 1 050 000 €		Spoluúčasť:	
zvýšený limit		<input type="checkbox"/> 5%, min. 75 € <input type="checkbox"/> 5%, min. 150 €	
<input type="checkbox"/> 6 000 000 € / 6 000 000 €		<input type="checkbox"/> 10%, min. 300 €	
		Vinkulácia	
		<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	
		V prospech:	
		Bankové IBAN:	
		spojenie BIC:	

POISTNIK PREHLASUJE

Za účelom zabezpečenia povinnosti poisťovateľa poistník úplne a pravdivo odpovedá na nasledovné písomné otázky poisťovateľa zaškrtnutím jednej z odpovedí:

1. Spôsobili ste do dnešného dňa nejakú škodovú udalosť z PZP?

- áno - pokiaľ áno odpovedzte na otázku č.2
 nie

2. Koľko škodových udalostí ste spôsobili za posledné tri roky?

Počet 0

FINANCNY AGENT

Meno a priezvisko zástupcu poisťovne:
Obchodné meno kooperujúceho partnera poisťovne
E-mailová adresa:
Získateľské číslo:
Telefonický kontakt:

RONY - 2, s.r.o. Zastúpený: Nittnaus

stefan.nittnaus@insia.com

800-0386

0902634452

ZAVEREČNÉ USTANOVENIA

Požiadavky a potreby klienta su zaznamenané v tomto a ďalších dotazníkoch s rovnakým ICOm (resp. rod. č.) spísaných v doleuvedený deň (ďalej len "dotazník).

Poistník svojím podpisom potvrdzuje, že údaje uvedené v dotazníku sú úplné a pravdivé. Poisťovňa sa zaväzuje nakladať s informáciami uvedenými v dotazníku ako s dôvernými s tým, že poistník/poistený nemá námietky proti oznámeniu akýchkoľvek údajov z dotazníka zaisťovni alebo inej poisťovni, ktorá sa bude podieľať na spolupistení. Poistník/poistený súhlasí so spracovaním osobných údajov za účelom vypracovania návrhu na uzavretie poisťnej zmluvy.

PRÍLOHY

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> aktuálny výpis z Obchodného registra (ŽR) | <input checked="" type="checkbox"/> kópie technických preukazov |
| <input type="checkbox"/> splnomocnenie (ak ide o maklérsky obchod) | <input type="checkbox"/> faktúry alebo preberacie protokoly |
| <input type="checkbox"/> protokol o poradenstve (ak ide o viazaného finančného agenta) | <input type="checkbox"/> kópie dokladov o obstaraní dodatočne nainštalovanej doplňujúcej výbavy |
| <input type="checkbox"/> iné: _____ | |

V Bratislava

21.6.2023

Podpis finančného agenta

Podpis poistníka