

Číslo návrhopoistky:



* 9 9 8 3 5 5 0 9 2 1 *

Allianz 
 Slovenská poisťovňa

Skupinové úrazové poistenie pre školy

Poisťovateľ: Allianz – Slovenská poisťovňa, a.s., Dostojevského rad 4, 815 74 Bratislava, IČO: 00 151 700, IČ DPH: SK2020374862, zapísaná v obch. registri Okresného súdu Bratislava 1, odd.: Sa vložka č. 196/B

Poistník	Rodné číslo/IČO:	Typ školy:	☒ A: bežná	☐ B: športová	☐ C: 24-hodinová
Priezvisko, meno, titul / obchodné meno	HGR. PAVEL MIKUL				
Adresa trvalého bydliska poistníka / sídlo (ulica, číslo, obec, PSČ)	HGR. PAVEL MIKUL, 815 74 Bratislava				
Telefón			E-mail		

Poistený subjekt (škola) (vyplní sa iba ak je iný než poistník)	IČO:	Typ školy:	☒ A: bežná	☐ B: športová	☐ C: 24-hodinová
Názov	ZŠ J. A. Komenského, Bratislava				
Adresa (ulica, číslo, obec, PSČ)	HGR. PAVEL MIKUL, 815 74 Bratislava				
Telefón	4615492179		E-mail	p.mikul@zskom.sk	

Poistený Poistenou je osoba zaradená do okruhu poistených osôb definovaného nižšie.

Oprávnené osoby Po úmrtí poistenej osoby má nárok na výplatu poistného plnenia osoba určená Občianskym zákonníkom § 817 ods. 2 a 3.

Deň uzavretia zmluvy

24. 09. 2013

Začiatok poistenia

(najskôr nasledujúci deň po dni uzavretia zmluvy)

25. 09. 2013

Koniec poistenia

(najbližšie nasledujúceho školského roka po dni uzavretia zmluvy)

15. 10. 2014

Spôsob platenia

Prvé poistné

jednorazové ☒poštovým peňažným poukazom ☐bankovým prevodom ☐Inkasný doklad číslo

EUR/SKK

Pokiaľ nie je uvedená mena, poistné a iné hodnoty sú uvedené v mene Slovenskej republiky platnej ku dňu uzavretia tejto zmluvy.

Úrazové poistenie podľa tarify 1UP

Okruh poistených osôb¹⁾Verzia poistného krytia²⁾Poistné/1 osoba³⁾Počet poistených³⁾

Poistné

☒ všetci žiaci školy	označte triedu/fakultu	,		,
☐ všetci žiaci jednej triedy/fakulty		,		,
☐ všetci žiaci tried/fakúlt	podľa zoznamu	podľa zoznamu	podľa zoznamu	,
☐ žiaci podľa zoznamu	podľa zoznamu	podľa zoznamu	podľa zoznamu	,
☐ zamestnanci podľa zoznamu		podľa zoznamu	podľa zoznamu	,
				Poistné spolu

1) označte jednu z možností 2) vyplňte v súlade s ZD UP_školy 3) podľa evidencie v deň uzavretia zmluvy

Vyhlasenie poistníka a poisteného subjektu:

Vyhlasujem, že som bol pred uzavretím poistnej zmluvy oboznámený s jej obsahom a že som prevzal Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie - A (VPP U-A) a Zmluvné dojednania pre skupinové úrazové poistenie pre školy (ZD UP_školy), ktoré sa vzťahujú na túto poistnú zmluvu a tvoria jej neoddeliteľnú súčasť ako jej prílohy. Vyhlasujem, že všetky odpovede na písomné otázky poisťovateľa týkajúce sa poistenia sú pravdivé a úplné. Ako poistník/poistený subjekt vyhlasujem, že som bol oboznámený so všetkými skutočnosťami vyplývajúcimi z § 10 ods. 1 zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov. Zároveň vyhlasujem a svojím podpisom potvrdzujem, že som bol pred uzavretím poistnej zmluvy oboznámený s obsahom a v písomnej forme som prevzal Informáciu o podmienkach uzavretia poistnej zmluvy Skupinové úrazové poistenie pre školy.

Vyjadrenie poistníka a poisteného subjektu:

Poistník/poistený subjekt týmto čestne vyhlasuje, že dotknuté osoby, poistené touto zmluvou, resp. ich zákonný zástupca, boli oboznámené a zobrali na vedomie, že ich osobné údaje poskytnuté k tejto poistnej zmluve sú poisťovateľovi povinné poskytnúť v zmysle zákona č. 8/2008 Z. z. o poisťovníctve a že tieto údaje budú spracúvané v informačnom systéme poisťovateľa. Zároveň boli oboznámené a zobrali na vedomie, že poisťovateľ je oprávnený získať ich osobné údaje kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním na nosič informácií.

Poistník/poistený subjekt ďalej čestne vyhlasuje a je povinný preukázať, že dotknuté osoby, resp. ich zákonný zástupca udelili, v zmysle § 7 zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov, poisťovateľovi súhlas:

- s poskytnutím osobných údajov tretím osobám v súvislosti so správou poistenia, likvidáciou poistných udalostí, s vymáhaním pohľadávok a zaisťovním na účely zaistenia,
- s cezhraničným prenosom osobných údajov, vykonávaným na účely správy poistenia a na účely likvidácie poistných udalostí, do krajín, ktoré zaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov ako aj do krajín, ktoré nezaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov na dobu do vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy.

Tento súhlas je možné odvolať s tým, že jeho účinky nastanú okamihom vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy, pričom povinnosti vyplývajúce z osobitných právnych predpisov tým nie sú dotknuté.

V zmysle zákona o ochrane osobných údajov Allianz - Slovenská poisťovňa, a. s. oznamuje, že spoločnosť Tatra Billing, s.r.o., Ivánska cesta 2/C, 821 04 Bratislava, IČO: 35 810 572 je oprávnená spracúvať tlačové výstupy s osobnými údajmi pre styk s klientmi.

V prípade, že má poisťovateľ podľa zákona o ochrane osobných údajov oznamovaciu povinnosť voči dotknutým osobám, táto povinnosť môže byť splnená aj tak, že sa daný oznam zverejní na internetovej stránke poisťovateľa.

Vyhlasenie poistníka

Ako poistník vyhlasujem a svojím podpisom potvrdzujem, že som bol oboznámený a zároveň som obdržal v písomnej forme údaje v zmysle ustanovenia § 792a zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov.

Vyhlasenie poistníka v zmysle zákona č. 297/2008 Z. z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a ochrane pred financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Poistník týmto vyhlasuje, že poistnú zmluvu uzavrel vo vlastnom mene: ☐ Áno ☐ Nie

Ak nie, poistnú zmluvu uzavrel v mene (meno, priezvisko/obchodné meno - názov, rodné číslo/IČO, trvalé bydlisko/sídlo):

Ak dôjde pri vyplňaní zmluvy k oprave, platné údaje musia byť potvrdené podpisom poistníka. Ak kolónka nie je vyplná, platí, že nie je dojednané. Táto zmluva je vyhotovená v troch rovnopisoch, jeden pre poisťovateľa, jeden pre poistníka a jeden pre sprostredkovateľa poistenia.

Zák [redacted] kolou

-3-

TI. č. 3057/1m - III./2013



F3RC305718

[redacted]
Meno, priezvisko a podpis poistníka
(štát. zástupca, resp. ním poverená osoba)

[redacted]
Meno, priezvisko a podpis poisteného
subjektu, ak je iný než poistník
(štát. zástupca, resp. ním poverená osoba)

[redacted]
Podpis sprostredkovateľa poistenia
(odtlačok pečiatky)

Získateľské číslo
sprostredkovateľa poistenia 1

Priezvisko a meno
sprostredkovateľa poistenia 1

Telefón
sprostredkovateľa poistenia 1

Získateľské číslo
sprostredkovateľa poistenia 2

56 328

LAJKOVA MARTINA

1904850041

Počet príloh: VPP U-A+ZD UP_školy +

*Konverzný kurz 1 EUR = 30,1260 SKK

Informáciu potrebnú na realizáciu platby prvého poistného dostanete od sprostredkovateľa poistenia. Pri ďalších platbách poistného uvádzajte ako variabilný symbol číslo poistnej zmluvy. Poistné uhrádzajte na účet poistného v Tatra banke, a. s., číslo účtu 2620006701/1100.

Poistený subjekt:
ZŠ s MŠ

Vážený klient
Mgr. Pavol Michna – Základná škola s MŠ
Horná Ves 360
972 48 Horná Ves

Dátum: 30.10.2013
Útvár/Meno: Rezort prevádzky a informačných technológií / Ing. Edita Sláďičeková
Telefón: 045 / 5209780
Fax: 02 / 60665531, e-mail: edita.sladicekova@allianzsp.sk
Vec: Potvrdenie o uzatvorení poisťnej zmluvy číslo
0800104641

Vážený klient,

oznamujeme Vám, že poisťná zmluva „Skupinové úrazové poistenie pre školy“ uzatvorená 24.09.2013 pod číslom návrhopoistky **9983550921** je evidovaná pod číslom zmluvy **0800104641**.

Poistné za poistné obdobie od **25.09.2013** do **15.10.2014** bolo pripísané na náš účet dňa 02.10.2013 vo výške 159,60 EUR.

Zároveň Vám oznamujeme aj rozsah dojednaného poistného krytia:

úrazové poistenie žiakov školy nasledovne

Rozsah poistného krytia Typ školy A – Bežná škola_ verzia 3 - žiak	Poistná suma
Smrť následkom úrazu	1 000,00 EUR
Trvalé následky úrazu	2 000,00 EUR
Denné odškodné pri pobyte v nemocnici	2,00 EUR
Denné odškodné počas nevyhnutného liečenia úrazu (od 9. dňa)	2,00 EUR

Ďakujeme Vám za dôveru, ktorú ste nám preukázali uzatvorením predmetného poistenia a uistujeme Vás, že počas celej doby sme pripravení plniť všetky naše zmluvne povinnosti a v prípade poisťnej udalosti splniť svoje záväzky. Veríme, že ste spokojní s našimi službami a využijete aj niektoré ďalšie poistenia z našej ponuky. Bližšie informácie o našej ponuke služieb Vám ochotne poskytne aj Váš obchodný zástupca, alebo naši zamestnanci na najbližšom pracovisku Allianz – Slovenskej poisťovne, a.s., alebo na našej bezplatnej telefonической infolinke 0800 122 222.

S pozdravom



Ing. Viktor Cingel, CSc.
člen predstavenstva
Allianz – Slovenská poisťovňa, a.s.



Ing. Miroslav Pacher
člen predstavenstva
Allianz – Slovenská poisťovňa, a.s.