

Číslo návrhu:



* 9 9 8 3 5 6 5 1 1 3 *

Allianz

Slovenská poisťovňa

ID - kód
nevpisovať**Skupinové úrazové poistenie pre školy**

Poistovateľ

Allianz - Slovenská poisťovňa, a. s., Dostojevského rad 4, 815 74 Bratislava 1, IČO: 00 151 700,
IČ DPH: 2020374862, zapísaná v obch. registri Okresného súdu Bratislava 1, odd.: Sa, vložka č. 196/B

Poistník

Typ školy:

☐ A: bežná☐ B: športová☒ C: 24-hodinová

Rodné číslo/ IČO

17072948

Telefón

+421566763642

Priezvisko /
obchodné meno

SPOJENÁ ŠKOLA INTERNATNA, POĽNÁ

Meno

1, TREBIŠOV Titul pred menom Titul za menom

Ulica

POĽNÁ Súp.č. Or.č. 1

Obec

TREBIŠOV PSČ 07501

E-mail

odborvrnu
@mail-t.com.sk Heslo**Kontaktná adresa**Priezvisko /
obchodné meno

Meno

Titul pred menom Titul za menom

Ulica

Súp.č. Or.č.

Obec

PSČ

Poistený subjekt (škola) (vyplní sa v prípade, ak je odlišný od osoby poistníka)

Typ školy:

☐ A: bežná☐ B: športová☒ C: 24-hodinová

Rodné číslo/ IČO

17072948

Telefón

+421566763642

Obchodné meno

SPOJENÁ ŠKOLA INTERNATNA, POĽNÁ

Meno

1, TREBIŠOV Titul pred menom Titul za menom

Ulica

POĽNÁ Súp.č. Or.č. 1

Obec

TREBIŠOV PSČ 07501

E-mail

odborvrnu
@mail-t.com.sk**Poistená osoba**

Poistenou osobou 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 poistnej zmluvy

29 . 12 . 2017

Začiatok poistenia (najskôr nasledujúci
deň po dni uzavretia zmluvy)

09 . 01 . 2018

Koniec poistenia (najbližšie nasledujúceho
školského roka po dni uzavretia zmluvy)

15 . 10 . 2018

Spôsob platenia

jednorazové

☒poštovým
peňažným
poukazom☐bankovým
prevodom☒

v hotovosti

3 3 3

Inkasný doklad číslo

Prvé poistné



F3RC309501W

Tl. č. 3095-1/1m - III./2017

strana 1 z 3

Úrazové poistenie podľa tarify 1UP

Okruh poistených osôb ¹⁾	Verzia poistného krytia ²⁾	Poistné/1 osoba	Počet poistených osôb ³⁾	Poistné v EUR
☒ všetci žiaci školy	2	1,80	252	453,60
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	4	podľa zoznamu	podľa zoznamu	
Poistné spolu				453,60

¹⁾ označte jednu z možností²⁾ vyplňte v súlade s ZD UP_školy³⁾ podľa evidencie v deň uzavretia zmluvy**Vyhlasenie poistníka a poisteného subjektu:**

Vyhlasujem, že som bol pred uzavretím poistnej zmluvy oboznámený s obsahom Všeobecných poistných podmienok pre úrazové poistenie - A (VPP U-A) schválených dňa 1.7.2015 a Zmluvných dojednaní pre skupinové úrazové poistenie pre školy schválených dňa 1.7.2015 (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. 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.

Spracúvanie osobných údajov:

Poistník/poistený subjekt je povinný poisťovateľovi poskytnúť a umožniť získať kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním osobné údaje, ako aj ďalšie údaje požadované poisťovateľom v zmysle zákona č. 39/2015 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Poistník/poistený subjekt týmto vyhlasuje, že je oboznámený so všetkými skutočnosťami vyplývajúcimi z § 15 ods. 1 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o ochrane osobných údajov“). Poistník/poistený subjekt svojím podpisom na poistnej zmluve dáva súhlas, aby si poisťovateľ splnil oznamovaciu povinnosť podľa § 15 a § 8 zákona o ochrane osobných údajov zverejnením znenia tejto oznamovacej povinnosti na svojom webovom sídle. Poisťovateľ za týmto účelom na webovom sídle zverejňuje zoznam sprostredkovateľov a tretích strán, pričom zmena zoznamu je účinná dňom zverejnenia zmeny na webovom sídle. Poistník/poistený subjekt dáva poisťovateľovi súhlas so sprístupňovaním/poskytovaním týchto údajov v nevyhnutnom rozsahu tretím stranám a s ich spracúvaním tretími stranami v súvislosti so správou poistenia, likvidáciou poistných udalostí, vymáhaním pohľadávok a zaisteníam za účelom zaistenia; súhlas sa udeľuje na dobu do vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy a počas tejto doby nie je možné ho účinne odvolať. Pre prípad, že sú v poistnej zmluve uvedené osobné údaje inej osoby, poistník vyhlasuje, že dotknuté osoby, ktorých osobné údaje poskytol, udelili predchádzajúci písomný súhlas so spracúvaním svojich osobných údajov na účely poistnej zmluvy.

Poistník je povinný preukázať poisťovateľovi kedykoľvek na jeho žiadosť, že disponuje uvedeným písomným súhlasom dotknutých osôb.

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.

Poistník súhlasí s tým, aby mu poistné podmienky, ktoré sa vzťahujú na poistenie dojednané touto poistnou zmluvou, poisťovateľ poskytol nasledovným spôsobom:

- ☐ v tlačenej podobe pri podpise tejto poistnej zmluvy
- ☒ sprístupnením na webovom sídle poisťovateľa www.allianzsp.sk vo formáte pdf, s možnosťou jeho následného stiahnutia alebo tlače.

Poistník berie na vedomie, že v prípade, ak neoznačí žiadnu z vyššie uvedených možností poskytnutia poistných podmienok, má sa za to, že si zvolil poskytnutie poistných podmienok sprístupnením na webovom sídle poisťovateľa.



F 3 R C 3 0 9 5 0 2 X

Politicky exponovaná osoba (vyplniť v prípade, ak poistená osoba je PEO v zmysle § 6 zákona č. 297/2008 Z.z.) ☐

Poistník prehlasuje, že si je vedomý, že cena uvedená v tejto poisťnej zmluve je kalkulovaná vrátane peňažného plnenia v zmysle §32 zákona č. 186/2009 Z. z. Cena je stanovená v zmysle zákona č. 18/1996 Z. z.

Pokiaľ je táto poisťná zmluva predmetom verejného obstarávania, poisťník týmto prehlasuje, že v rámci tohto zrealizovaného verejného obstarávania vykonal opatrenia potrebné k tomu, aby nedošlo ku konfliktu záujmov, ktorý by mohol narušiť alebo obmedziť hospodársku súťaž alebo porušiť princíp transparentnosti a princíp rovnakého zaobchádzania v zmysle ust. § 23 ods. 1 zákona č. 343/2015 Z.z. o verejnom obstarávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Poistník vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že 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 poisťnú zmluvu uzaviera vo vlastnom mene:

☒ Áno ☐ Nie, uzavretá v mene

Počet príloh	Poznámky

(meno, priezvisko a funkcia
oprávnenej osoby)

Podpis a pečiatka poisteného subjektu,
(meno, priezvisko a funkcia
oprávnenej osoby)

Podpis a pečiatka poisťovateľa,
(meno, priezvisko a funkcia
oprávnenej osoby)

Získateľské číslo
oprávneného zástupcu
poisťovateľa 1

MA číslo spolupracovníka

Telefón

Informáciu p

Poistné uhrá
BIC: TATRSKB
(poistky).

Priezvisko a meno / obchodné meno

Priezvisko a meno spolupracovníka

Získateľské číslo oprávneného zástupcu poisťovateľa 2

ho poisťného dostanete od oprávneného zástupcu poisťovateľa.

s., číslo účtu: 2620006701/1100, IBAN: SK53 1100 0000 0026 2000 6701,
a číslo návrhu poisťnej zmluvy alebo číslo poisťnej zmluvy z potvrdenia o poistení



F 3 R C 3 0 9 5 0 3 Y