

**Školák**

Generali Poist'ovňa, pobočka poisťovne z iného členského štátu, IČO: 54 228 573 so sídlom Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Po, vložka č.: 8774/B, organizačná zložka podniku zahraničnej osoby, prostredníctvom ktorej v Slovenskej republike podniká Generali Česká poisťovna a.s., IČO: 452 72 956, so sídlom Spálená 75/16, Nové Město, 110 00 Praha 1, Česká republika, zapísaná v obchodnom registri Mestského súdu v Prahe, oddiel B, vložka č. 1464, člen Skupiny Generali, zapísanej v talianskom registri poisťovacích skupín, vedenom IVASS, pod č. 026. (ďalej len „poisťovateľ“).

Poisťovateľ uzatvára s poistníkom poisťnú zmluvu číslo:  Začiatok poistenia:

**A. POISTNÍK (tiež poistený, pokiaľ je zároveň poistníkom)**

Názov školy/Názov organizácie  IČO

Ulica  Číslo  Obec  PSČ

Priezvisko, meno a titul osoby oprávnenej konať za poistníka v mene školy  Pracovná pozícia

Adresa trvalého bydliska

Ulica  Číslo  Obec  PSČ

Email  Telefón/Mobilný telefón

**B. ÚDAJE O ŠKOLE (potrebné vyplniť len v prípade, ak škola nemá právnu subjektivitu)**

Názov školy/Názov organizácie  IČO

Ulica  Číslo  Obec  PSČ

Email  Telefón/Mobilný telefón

**C. POISTENÉ OSOBY (žiaci a zamestnanci školy sú menovite uvedení v zozname, ktorý je neoddeliteľnou súčasťou poisťnej zmluvy)**

Počet žiakov  Počet poistených zamestnancov

**D. ÚDAJE O SKUPINOVOM ÚRAZOVOM POISTENÍ**

Poisťná doba: 1 rok s automatickou prolongáciou

**Skupina 1: Zamestnanci****Skupina 2: Žiaci**

Žiaci sú zaradení do rizikovej skupiny (1, 2, 3, 4, 5)

	Poisťná suma v EUR	Poisťné za 1 osobu v EUR	Poisťná suma v EUR	Poisťné za 1 osobu v EUR
Smrť následkom úrazu	—	—	1 330. —	0,15
Trvalé následky – progresívne plnenie	—	—	—	—
Trvalé následky – lineárne plnenie	—	—	2 000. —	0,30
Denné odškodné za dobu nevyhnutného liečenia úrazu od 8. dňa	—	—	1,30	1,04
Denná dávka pri hospitalizácii	—	—	1,10	0,17
Ročné poisťné za 1 osobu spolu	—	—	—	1,66
Ročné poisťné za skupinu	—	—	—	711,02
Celkové ročné poisťné za skupinu 1 a 2 (EUR)	—	—	—	711,02
Daň	—	—	—	56,93
Celkové ročné poisťné za skupinu 1 a 2 s daňou (EUR)	—	—	—	768,55
Celkové poisťné za poisťné obdobie s daňou (EUR)	—	—	768,55	768,55

V úrazovom poistení detí do 18 rokov je zadarmo zahrnuté aj poistenie úplných zlomenín. Poisťné plnenie za zlomeniny sa deťom vypláca vo výške 40 EUR za úplné zlomeniny dlhých kostí, kostí lebečných a panvy a vo výške 20 EUR za ostatné zlomeniny. Maximálne poisťné plnenie je 60 EUR na jednu poisťnú udalosť.



**E. PLATENIE POISTNÉHO****SPÔSOB PLATENIA: Celkové bežné poistné bude poistník platiť:** poštovou poukážkou  príkazom na úhradu na účet Generali Poisťovňa, pobočka poisťovne z iného členského štátuSWIFT/BIC IBAN **FREKVENCIA PLATENIA**  
Poistník je povinný platiť poistné v dohodnutých obdobiach: ročných  
 polročných**F. OPRÁVNENÉ OSOBY****V prípade smrti:** osoby podľa § 817 Občianskeho zákonníka  
**V prípade trvalých následkov, denného odškodného za dobu nevyhnutného liečenia, dennej dávky pri hospitalizácii a zlomenín kostí:** poistená osoba, resp. zákonný zástupca poistenej osoby**G. ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA A VYHLÁSENIA POISTNÍKA/POISTENÝCH**

Pre poistenie uzavreté touto poisťnou zmluvou platia Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie Školák (VPP Školák 2018.1), ktoré sú jej neoddeliteľnou súčasťou. Podpisom tejto poisťnej zmluvy potvrdzujem, že som sa pred vznikom poistenia oboznámil so všetkými poistnými podmienkami uvedenými v predošlej vete pre dohodnuté poistenie, súhlasím s nimi, obdržal som ich vyhotovenie a s Informáciami o spracúvaní osobných údajov, ktoré sú súčasťou zmluvnej dokumentácie a súhlasím s tým, aby mi boli sprístupnené v klientskej zóne poisťovateľa na webovom sídle. Súčasne potvrdzujem, že mi boli oznámené informácie podľa § 792a Občianskeho zákonníka.

Svojim podpisom potvrdzujem, že obsah poisťnej zmluvy je zrozumiteľný, vyjadruje moju slobodnú a vážnu vôľu, a na znak súhlasu poisťnú zmluvu podpisujem. Podpisom tejto poisťnej zmluvy potvrdzujem, že boli overené moje identifikačné údaje a totožnosť osobou konajúcou v mene poisťovateľa.

Svojim podpisom potvrdzujem, že som uviedol a zodpovedal pravdivo, úplne a podľa svojho najlepšieho vedomia všetky zadané otázky a údaje, a že som nezamlčal žiadnu skutočnosť rozhodujúcu pre uzavretie poisťnej zmluvy. Ďalej potvrdzujem, že mi pred uzavretím poisťnej zmluvy boli písomne poskytnuté informácie v zmysle Zákona o poisťovníctve v platnom znení a že mi finančný sprostredkovateľ sprostredkujúci poistenie poskytol informácie v súlade so zákonom č. 186/2009 Z. z. o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve v platnom znení.

Beriem na vedomie, že poisťovateľ je oprávnený spracúvať osobné údaje dotknutých osôb vrátane informácií o mojom zdravotnom stave v zmysle Zákona o poisťovníctve v platnom znení. Všeobecné informácie o spracúvaní osobných údajov poisťovateľom sú v Informáciách o spracúvaní osobných údajov, ktoré sú súčasťou zmluvnej dokumentácie. Podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov, s ktorými som sa oboznámil/-a pred podpisom tejto poisťnej zmluvy, sú uvedené na webovom sídle poisťovateľa: www.generali.sk a na pobočkách poisťovateľa.

Zároveň beriem na vedomie, že poisťovateľ môže nadviazať kontakt so všetkými lekármi a zdravotníckymi zariadeniami a vyžiadať si od nich informácie o mojom zdravotnom stave, ktorých získanie a spracovanie je potrebné pre účely plnenia práv a povinností poisťovateľa vyplývajúcich z tohto zmluvného vzťahu, ako aj z príslušných právnych predpisov.

**Poverenie zástupcu poisťovateľa povereného uzatvorením poisťnej zmluvy:**

Svojim podpisom na tejto poisťnej zmluve potvrdzujem, že som overil totožnosť klienta podľa dokladu preukazujúceho totožnosť.

**Prečo spracúvame osobné údaje?**

Sme povinní uviesť účely spracúvania osobných údajov. Účel spracúvania znamená vlastný dôvod, pre ktorý spracúvame vaše osobné údaje.

**Osobné údaje spracúvame najmä na tieto účely:**

– uzatvorenie, evidencie a správa poisťných zmlúv. Správa poisťných zmlúv znamená aj vykonávanie starostlivosti o klienta (napr. služba elektronickú korešpondenciu a klientska zóna).

– výpočet kapitálových požiadaviek, štatistické spracovanie osobných údajov.

Podpis poistníka/osoby oprávnenej konať v mene poistníka

Číslo OP/pasu osoby oprávnenej konať v mene poistníka

Podpis oprávnenej osoby

Podpis zástupcu poisťovateľa povereného uzatvorením zmluvy

V Bratislava

Dňa

(dátum uzatvorenia poisťnej zmluvy)

**H. ZÁSTUPCA POISŤOVATEĽA POVERENÝ UZATVORENÍM POISŤNEJ ZMLUVY**

Meno a priezvisko

Zisk. číslo 1

Telef. kontakt

Osobné číslo

Kód akcie

Zisk. číslo 2