



MESTO



Číslo návrhu:

9881048988

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

Allianz - Slovenská poisťovňa, a.s., Pribinova 19, 811 09 Bratislava, IČO: 00 151 700, zapísaná v Obchodnom registri vedenom Mestským súdom Bratislava III, Oddiel: Sa, Vložka č. 196/B

Poistník

Rodné číslo/ IČO

00321982

Telefón

+421547322447

Priezvisko /
obchodné meno

Mesto Giraltovce

Meno

Titul pred
menomTitul za
menom**Adresa trvalého pobytu / sídla poistníka / miesta podnikania (ak ide o podnikajúcu FO)**

Ulica

Dukelská

Súp.č.

75

Or.č.

77

Obec

Giraltovce

PSČ

08701

E-mail

sekretariat

@ giraltovce.sk

Zastúpený oprávnenou osobou

Priezvisko

Tchurík

Titul pred
menom

Ing.

Titul za
menom

Meno

Pavol

Priezvisko

Titul pred
menomTitul za
menom

Meno

Kontaktná adresaPriezvisko /
obchodné meno

Meno

Titul pred
menomTitul za
menom

Ulica

Súp.č.

Or.č.

Obec

PSČ

Poistený subjekt (škola)

Typ školy:



A: bežná



B: športová



C: 24-hodinová

IČO

00321982

Telefón

+421905684249

Obchodné meno

Materská škola

Ulica

Dukelská

Súp.č.

62

Or.č.

6

Obec

Giraltovce

PSČ

08701

E-mail

msgiraltovce

@ centrum.sk

Zastúpený oprávnenou osobou

Priezvisko

Roguľová

Titul pred
menom

PhDr. Mgr.

Titul za
menom

Meno

Daniela

Priezvisko

Titul pred
menomTitul za
menom

Meno

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 v zmysle § 817 ods. 2 a 3 Občianskeho zákonníka

Deň uzavretia poistnej zmluvy

11

10

2023

Začiatok poistenia (najskôr nasledujúci deň po dni uzavretia zmluvy)

16

10

2023

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

15

10

2024



A 3 R C 3 2 0 5 0 1 K

Poistné: jednorazové

Spôsob platenia: bankovým prevodom

Úrazové poistenie podľa tarify 1UP

Okruh poistených osôb

| Okruh poistených osôb | Verzia poistného krytia ¹⁾ | Poistné s daňou ^{2)/} 1 osoba | Počet poistených osôb ²⁾ | Poistné s daňou v EUR ²⁾ |
|---|---------------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> všetci žiaci školy | 2 | 1,20 | 157 | 188,40 |
| <input type="checkbox"/> všetci žiaci tried/fakúlt | | | | |
| označte poistené triedy/fakulty | | | | |
| <input type="checkbox"/> žiaci podľa zoznamu | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> zamestnanci podľa zoznamu | 3 | 4,40 | 29 | 127,60 |
| Poistné + Daň z poistenia³⁾: | 292,59 | + | 23,41 | Poistné spolu s daňou³⁾ 316,00 |

¹⁾ vyplňte v súlade s ZD UP_školy²⁾ podľa evidencie v deň uzavretia zmluvy – platí len pre všetkých žiakov školy alebo všetkých žiakov triedy/fakulty³⁾ Daň z poistenia je vypočítaná vo výške 8 % v zmysle zákona č. 213/2018 Z. z. o dani z poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Skupinové úrazové poistenie pre školy dojednané touto poistnou zmluvou sa riadi Všeobecnými poistnými podmienkami pre úrazové poistenie - A (VPP U-A) schválenými 01. 08. 2023 a Zmluvnými dojednaniami pre skupinové úrazové poistenie pre školy schválenými dňa 01. 08. 2023 (ZD UP_školy).

Vyhlasenie poistníka k spracúvaniu osobných údajov:

Vyhlasujem, že mi boli poskytnuté informácie vyplývajúce z platných právnych predpisov upravujúcich ochranu osobných údajov. Uvedené informácie sú uvedené aj na webovom sídle poisťovateľa. Beriem na vedomie, že mám právo požiadať poisťovateľa o poskytnutie týchto informácií v úplnom znení v tlačenej podobe.

Pre prípad, že som uviedol osobné údaje inej osoby zároveň potvrdzujem, že táto osoba mi udelila predchádzajúci písomný súhlas so spracúvaním svojich osobných údajov poisťovateľom na účely podľa platného zákona o poisťovníctve a som si vedomý toho, že som povinný preukázať poisťovateľovi kedykoľvek na jeho žiadosť, že disponujem uvedeným písomným súhlasom tejto osoby.

Vyhlasenie poistníka

Vyhlasujem, že všetky odpovede na písomné otázky poisťovateľa týkajúce sa poistenia sú pravdivé a úplné. 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. Vyhlasujem, že som bol pred uzavretím poistnej zmluvy oboznámený s obsahom Všeobecných poistných podmienok pre úrazové poistenie - A (VPP U-A) schválených dňa 01. 08. 2023 a Zmluvných dojednaní pre skupinové úrazové poistenie pre školy schválených dňa 01. 08. 2023 (ZD UP_školy), ktoré sa vzťahujú na túto poistnú zmluvu a tvoria jej neoddeliteľnú súčasť. Súhlasím s tým, aby mi 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.allianz.sk vo formáte pdf, s možnosťou jeho následného stiahnutia alebo tlače.
- elektronicky na nasledovnú e - mailovú adresu poistníka

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

Vyhlasujem, že som si vedomý, že poistné v tejto poistnej zmluve je kalkulované vrátane peňažného plnenia v zmysle § 32 zákona č. 186/2009 Z. z. o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Peňažné plnenie je stanovené v zmysle Zákona NR SR č. 18/1996 Z. z. o cenách v znení neskorších predpisov.



A 3 R C 3 2 0 5 0 2 L

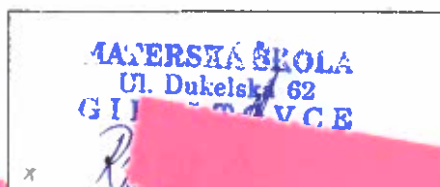
9881048988

...iaľ je táto poisťná zmluva predmetom verejného obstarávania, vyhlasujem, že v rámci tohto zrealizovaného verejného obstarávania som 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.

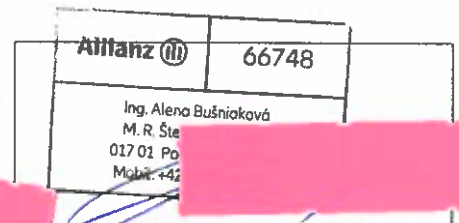
| Počet príloh | Poznámky |
|----------------------|--------------------------------|
| <input type="text"/> | alena.busniakova@os.allianz.sk |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |



Podpis oprávnenej osoby,
MESTO



Podpis oprávnenej osoby, ktorá je
subjektom, ak je iný ako poisťník
p. ROGULOVÁ



Podpis oprávneného zástupcu
poisťovateľa (odtlačok pečiatky)

Získateľské číslo
oprávneného zástupcu
poisťovateľa 1

00066748

MA číslo spolupracovníka

Priezvisko a meno / obchodné meno

Alena Bušniaková

Priezvisko a meno spolupracovníka

Bušniaková Alena

Telefón

+421948090797

Získateľské číslo oprávneného zástupcu poisťovateľa 2

 /

Poistné uhrádzajte na účet v Tatra banke, a.s., bankový účet IBAN: SK53 1100 0000 0026 2000 6701, BIC: TATRSKBX.
Ako variabilný symbol uvádzajte číslo návrhu poisťnej zmluvy alebo číslo poisťnej zmluvy z potvrdenia o poistení (poistky).



Príloha č.

1

NPZ č.

9881048988

Zoznam žiakov*/zamestnancov*

poradové číslo strany

1

celkový počet strán


1

| Por. č. | Priezvisko | Meno |
|---------|-------------|-----------|
| 1 | Báčová | Anastázia |
| 2 | Kucharíková | Jana |
| 3 | Eštoková | Magdaléna |
| 4 | Jackaninová | Gabriela |
| 5 | Juhová | Antónia |
| 6 | Jurčová | Anna |
| 7 | Micenkova | Janka |
| 8 | Katuščáková | Iveta |
| 9 | Mašlejová | Janka |
| 10 | Migašová | Iveta |
| 11 | Miňová | Beáta |
| 12 | Podoláková | Kristína |
| 13 | Tušeková | Ľubica |
| 14 | Vaňová | Simona |
| 15 | Vertalová | Martina |
| 16 | Roguľová | Daniela |
| 17 | Havrila | Andrej |
| 18 | Guľová | Viera |
| 19 | Havirová | Mária |
| 20 | Horbajová | Monika |
| 21 | Mitaľová | Mária |
| 22 | Partilová | Miroslava |
| 23 | Šoltysová | Anna |
| 24 | Horbajová | Marianna |
| 25 | Kurečajová | Dana |

| Por. č. | Priezvisko | Meno |
|---------|--------------|--------|
| 26 | Vojteková | Zuzana |
| 27 | Reháková | Lucia |
| 28 | Holevová | Jana |
| 29 | Vasilišinová | Ivana |
| 30 | | |
| 31 | | |
| 32 | | |
| 33 | | |
| 34 | | |
| 35 | | |
| 36 | | |
| 37 | | |
| 38 | | |
| 39 | | |
| 40 | | |
| 41 | | |
| 42 | | |
| 43 | | |
| 44 | | |
| 45 | | |
| 46 | | |
| 47 | | |
| 48 | | |
| 49 | | |
| 50 | | |

*nehodiace sa škrtnite

V Giraltoviciach, Považská Bystrica, dňa 13.10.2023


 Mgr. Daniela Rogo
Meno, priezvisko a podpis poisťníka
(štatut. zástupca školy alebo ním poverená osoba)Allianz  66748Ing. Alena Bušniaková
M. R. Štefánika 157/45
017 01 Považská Bystrica

 Podpis oprávneného zástupcu poisťovateľa
(odtlačok pečiatky)