

ID - kód
nevpisovaĚ

Skupinové úrazové poistenie pre školy

Polstovateľ

 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

Polstník

 Rodné číslo/ IČO Telefón

 Priezvisko / obchodné meno

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

 Ulica Súp.č. Or.č.

 Obec PSČ

 E-mail @
Zastúpený oprávnenou osobou

 Priezvisko Titul pred menom Titul za menom

 Meno

 Priezvisko Titul pred menom Titul za menom

 Meno
Kontaktná adresa

 Priezvisko / obchodné meno

 Meno Titul pred menom Titul za menom

 Ulica Súp.č. Or.č.

 Obec PSČ
Polstený subjekt (škola)

 Typ školy: A: bežná B: športová C: 24-hodinová

 IČO Telefón

 Obchodné meno

 Ulica Súp.č. Or.č.

 Obec PSČ

 E-mail @
Zastúpený oprávnenou osobou

 Priezvisko Titul pred menom Titul za menom

 Meno

 Priezvisko Titul pred menom Titul za menom

 Meno
Polstená 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
 . .
Začiatok poistenia (najskôr nasledujúci deň po dni uzavretia zmluvy)

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

 . .


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

Verzia poistného krytia¹⁾Poistné s daňou^{3)/}
1 osobaPočet poistených osôb²⁾Poistné
s daňou v EUR³⁾

<input checked="" type="checkbox"/> všetci žiaci školy	2	1,20	566	679,20
<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	61	268,40
Poistné + Daň z poistenia³⁾:	877,41	+	70,19	Poistné spolu s daňou³⁾ 947,60

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

Pokiaľ 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


fibsro@gmail.com

Základná škola

Hlavná ulica 81/42

900 42 Miroslavov ②

IČO: 53 420 471 DIČ: 2121373804

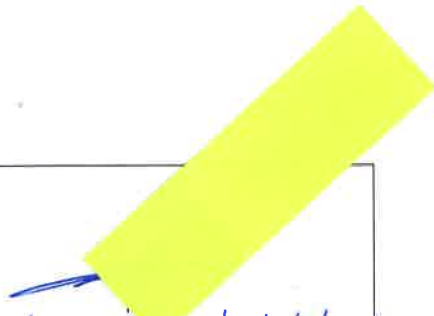


Podpis *Alena Jančurová*

Podpis oprávnenej osoby poistníka



Podpis oprávnenej osoby poisteného subjektu, ak je iný ako poistník



Podpis *FIB spol. s r.o. Michal Kovacs*

Podpis oprávneného zástupcu poisťovateľa (odtlačok pečiatky)

Získateľské číslo oprávneného zástupcu poisťovateľa 1

00047953

Priezvisko a meno / obchodné meno

F I B, spol. s r.o.

MA číslo spolupracovníka

Nedodane

Priezvisko a meno spolupracovníka

Kovacs Michal

Telefón

+421905447250

Získateľské číslo oprávneného zástupcu poisťovateľa 2

Poisťné 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 (polstky).



A 3 R C 3 2 0 5 0 3 M