



9881108624



Číslo návrhu:

ID - kód  
nevpisovať

## Skupinové úrazové poistenie pre školy

**Poisťovateľ**

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

37982567

Telefón

+421911520130

Priezvisko /  
obchodné meno

Spojená škola

Meno

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

Ulica

Palárikova

Súp.č.

Or.č.

2758

Obec

Čadca

PSČ

02201

E-mail

szscadca

@ gmail.com

**Zastúpený oprávnenou osobou**

Priezvisko

Řeháčková

Titul pred  
menom

Mgr.

Titul za  
menom

Meno

Ivana

Priezvisko

Titul pred  
menomTitul za  
menom

Meno

**Kontaktná adresa**Priezvisko /  
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

37982567

Telefón

+421911520130

Obchodné meno

Spojená škola

Ulica

Palárikova

Súp.č.

Or.č.

2758

Obec

Čadca

PSČ

02201

E-mail

szscadca

@ gmail.com

**Zastúpený oprávnenou osobou**

Priezvisko

Titul pred  
menomTitul za  
menom

Meno

Priezvisko

Titul pred  
menomTitul za  
menom

Meno

**Poistená osoba**

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

**Oprávnené osoby**

Po úmrtí poistej osoby má nárok na výplatu poistného plnenia osoba určená v zmysle § 817 ods. 2 a 3 Občianskeho zákonníka

**Deň uzavretia poistnej zmluvy**

14

10

2024

**Začiatok poistenia** (najsôr nasledujúci deň po dni uzavretia zmluvy)

16

10

2024

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

15

10

2025



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 <sup>1)</sup>	Poistné s daňou <sup>3)/</sup> 1 osoba	Počet poistených osôb <sup>2)</sup>	Poistné s daňou v EUR <sup>3)</sup>
<input checked="" type="checkbox"/> všetci žiaci školy	2	1,20	115	138,00
<input type="checkbox"/> všetci žiaci tried/fakúlt				
označte poistené triedy/fakulty				
<input type="checkbox"/> žiaci podľa zoznamu				
<input type="checkbox"/> zamestnanci podľa zoznamu				
<b>Poistné + Daň z poistenia<sup>3)</sup>:</b>	127,78	+	10,22	<b>Poistné spolu s daňou<sup>3)</sup> 138,00</b>

<sup>1)</sup> vyplňte v súlade s ZD UP\_školy<sup>2)</sup> podľa evidencie v deň uzavretia zmluvy – platí len pre všetkých žiakov školy alebo všetkých žiakov triedy/fakulty<sup>3)</sup> 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).

## Vyhlásenie 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.

## Vyhlásenie 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

szscadca@gmail.com

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.

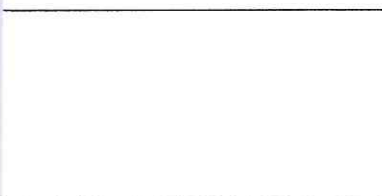
Počet príloh

Poznámky

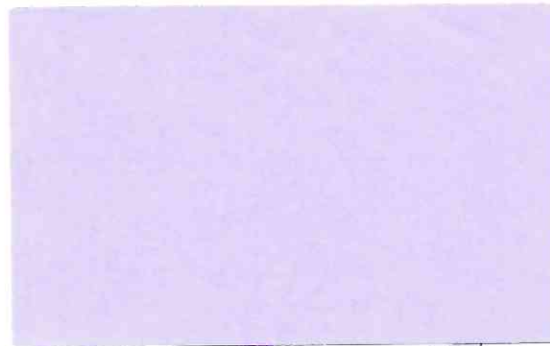
iveta.casnochova@os.allianz.sk



Podpis oprávnenej osoby poistníka



Podpis oprávnenej osoby poisteného subjektu, ak je iný ako poistník



Podpis oprávneného zástupcu poisťovateľa (odtlačok pečiatky)

Získateľské číslo oprávneného zástupcu poisťovateľa 1

00061807

Priezvisko a meno / obchodné meno

Iveta Časnochová

MA číslo spolupracovníka

Priezvisko a meno spolupracovníka

Časnochová Iveta

Telefón

+421908221076

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).



A 3 R C 3 2 0 5 0 3 M

