

Číslo návrhu:

9881108328

Allianz 

č. 025/2024

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

00328758

Telefón +421918792937

Priezvisko /
obchodné meno

Mesto Rožňava

Meno

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

Ulica

Šafárikova

Súp.č.

Or.č. 29

Obec

Rožňava

PSČ 04801

E-mail

zoltan.farkas.bene

@ roznava.sk

Zastúpený oprávnenou osobou

Priezvisko

Domik

Titul pred
menomTitul za
menom

Meno

Michal

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

00328758

Telefón +421918792937

Obchodné meno

Materská škola

Ulica

Pionierov

Súp.č. 639

Or.č. 18

Obec

Rožňava

PSČ 04801

E-mail

zoltan.farkas.bene

@ roznava.sk

Zastúpený oprávnenou osobou

Priezvisko

Domik

Titul pred
menomTitul za
menom

Meno

Michal

Priezvisko

Titul pred
menomTitul za
menom

Meno

Poistená osoba

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

Oprávnené osobyPo úmrtí poistenej 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 (najskôr nasledujúci
deň po dni uzavretia zmluvy)

15

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

TL. č. 3205 / AMC / VIII. 2023

strana 1 z 3

Poistné: jednorazové

Spôsob platenia: bankovým prevodom

Úrazové poistenie podľa tarify 1UP**Okruh poistených osôb**

Okruh poistených osôb	Verzia poistného krytia ¹⁾	Poistné s daňou ^{3)/} 1 osoba	Počet poistených osôb ²⁾	Poistné s daňou v EUR ³⁾
<input checked="" type="checkbox"/> všetci žiaci školy	2	1,20	42	50,40
<input type="checkbox"/> všetci žiaci tried/fakúlt				
označte poistené triedy/fakulty				
<input type="checkbox"/> žiaci podľa zoznamu				
<input type="checkbox"/> zamestnanci podľa zoznamu				
Poistné + Daň z poistenia³⁾:	46,67	+	3,73	Poistné spolu s daňou³⁾ 50,40

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.

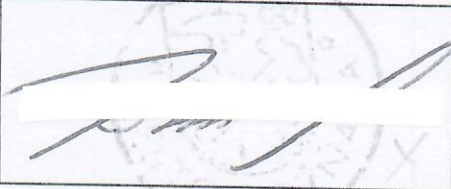


A 3 R C 3,2 0 5 0 2 L

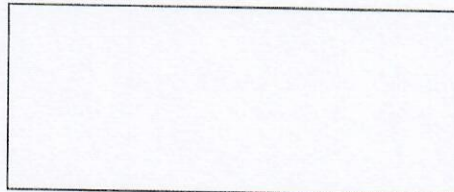
Pokiaľ je táto poisťná zmluva predmetom verejného obstarávania, vyhlasujem, že v rámci tohto zrealizovaného verejného obstarávania som vykonal opatrenia potrebné k tomu, aby nedošlo ku konfliktu záujmov, ktorý by mohol narušiť alebo obmedziť hospodársku súťaž alebo porušiť princíp transparentnosti a 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

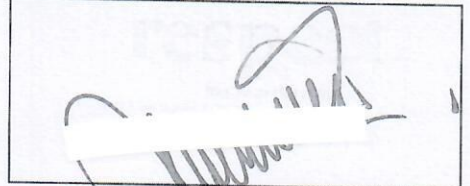
Poznámky

horvath@respect-slovakia.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

00036362

MA číslo spolupracovníka

114322

Telefón

+421905217828

Priezvisko a meno / obchodné meno

Respect Slovakia, s.r.o.

Priezvisko a meno spolupracovníka

Horváth Ivan

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