

**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  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

**Poistený 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

**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** .  . **Začiatok poistenia (najsôr 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 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 type="checkbox"/> všetci žiaci školy	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> všetci žiaci tried/fakúlt	<input type="checkbox"/>			
označte poistené triedy/fakulty				
<input checked="" type="checkbox"/> žiaci podľa zoznamu	2	1,50	35	52,50
<input type="checkbox"/> zamestnanci podľa zoznamu	<input type="checkbox"/>			
<b>Poistné + Daň z poistenia<sup>3)</sup>:</b>	<b>48,61</b>	<b>+</b>	<b>3,89</b>	<b>Poistné spolu s daňou<sup>3)</sup> 52,50</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).

**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](http://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
1	
Zoznam žiakov	

Podpis oprávnenej osoby poisníka	Podpis oprávnenej osoby poisteného subjektu, ak je iný ako poisník	Podpis oprávneného zástupcu poisťovateľa (odtlačok pečiatky)

Ziskateľské číslo  
oprávneného zástupcu  
poisťovateľa 1

Priezvisko a meno / obchodné meno

MA číslo spolupracovníka

Priezvisko a meno spolupracovníka

Telefón

Ziskateľské 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 (poistky).**



A 3 R C 3 2 0 5 0 3 M