



* 9 9 8 3 5 6 5 2 1 8 *

Číslo záznamu: 11.10.2014	Registratúrna značka: 64
Ev. číslo záznamu: 11X 266	Znak hodnoty a lehota uloženia: 5?
Číslo spisu: nevypisovať	
Prílohy	Vybavuje: 20

Skupinové úrazové poistenie pre školy

Poistovateľ Allianz - Slovenská poisťovňa, a. s., Dostojevského rad 4, 815 74 Bratislava 1, IČO: 00 151 700, IČ DPH: 2020374862, zapísaná v obch. registri Okresného súdu Bratislava 1, odd.: Sa, vložka č. 196/B

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

Rodné číslo/ IČO 36158143 Telefón

Priezvisko / obchodné meno ZAKLADNÁ ŠKOLA 17. NOVE MESTO

Meno Titul pred menom Titul za menom

Ulica 17. NOVE MESTO Súp.č. 31 Or.č.

Obec SABINOV PSČ 08301

E-mail

@ Heslo

Kontaktná adresa

Priezvisko / obchodné meno

Meno Titul pred menom Titul za menom

Ulica Súp.č. Or.č.

Obec PSČ

Poistený subjekt (škola) (vyplní sa v prípade, ak je odlišný od osoby poistníka)

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

Rodné číslo/ IČO Telefón

Obchodné meno

Meno Titul pred menom Titul za menom

Ulica Súp.č. Or.č.

Obec PSČ

E-mail

@

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 Občianskym zákonníkom § 817 ods. 2 a 3.

Deň uzavretia poistnej zmluvy

10 . 10 . 20 17

Spôsob platenia jednorazové

poštovým peňažným poukazom

Prvé poistné

bankovým prevodom v hotovosti 3 3 3

Začiatok poistenia (najsôr nasledujúci deň po dni uzavretia zmluvy)

11 . 10 . 20 17

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

15 . 10 . 20 18

Inkasný doklad číslo



F 3 R C 3 0 9 5 0 1 W

Úrazové poistenie podľa tarify 1UP

Okruh poistených osôb ¹⁾	Verzia poistného krytia ²⁾	Poistné/1 osoba	Počet poistených osôb ³⁾	Poistné v EUR
<input type="checkbox"/> všetci žiaci školy	<input checked="" type="checkbox"/> 3	□□□□ , □□	□□□□	□□□□□□ , □□
	označte triedu/ fakultu			
<input type="checkbox"/> všetci žiaci jednej triedy/fakulty	<input type="checkbox"/>	□□□□ , □□	□□□□	□□□□□□ , □□
<input type="checkbox"/> všetci žiaci tried/fakúlt	podľa zoznamu	podľa zoznamu	podľa zoznamu	□□□□□□ , □□
<input checked="" type="checkbox"/> žiaci podľa zoznamu	podľa zoznamu	podľa zoznamu	podľa zoznamu	□□ 898 , □□ 50
<input checked="" type="checkbox"/> zamestnanci podľa zoznamu	<input checked="" type="checkbox"/> 4	podľa zoznamu	podľa zoznamu	□□ 247 , □□ 50
			Poistné spolu	□□ 1146 , □□ 00

¹⁾ označte jednu z možností

²⁾ vyplňte v súlade s ZD UP_školy

³⁾ podľa evidencie v deň uzavretia zmluvy

Vyhlásenie poistníka a poisteného subjektu:

Vyhlasujem, že som bol pred uzavretím poistnej zmluvy oboznámený s obsahom Všeobecných poistných podmienok pre úrazové poistenie - A (VPP U-A) schválených dňa 1.7.2015 a Zmluvných dojednaní pre skupinové úrazové poistenie pre školy schválených dňa 1.7.2015 (ZD UP_školy), ktoré sa vzťahujú na túto poistnú zmluvu a tvoria jej neoddeliteľnú súčasť ako jej prílohy. Vyhlasujem, že všetky odpovede na písomné otázky poisťovateľa týkajúce sa poistenia sú pravdivé a úplné. Zároveň vyhlasujem a svojím podpisom potvrdzujem, že som bol pred uzavretím poistnej zmluvy oboznámený s obsahom a v písomnej forme som prevzal Informáciu o podmienkach uzavretia poistnej zmluvy Skupinové úrazové poistenie pre školy.

Spracúvanie osobných údajov:

Poistník/poistený subjekt je povinný poisťovateľovi poskytnúť a umožniť získať kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním osobné údaje, ako aj ďalšie údaje požadované poisťovateľom v zmysle zákona č. 39/2015 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Poistník/poistený subjekt týmto vyhlasuje, že je oboznámený so všetkými skutočnosťami vyplývajúcimi z § 15 ods. 1 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o ochrane osobných údajov“). Poistník/poistený subjekt svojím podpisom na poistnej zmluve dáva súhlas, aby si poisťovateľ splnil oznamovaciu povinnosť podľa § 15 a § 8 zákona o ochrane osobných údajov zverejnením znenia tejto oznamovacej povinnosti na svojom webovom sídle. Poisťovateľ za týmto účelom na webovom sídle zverejňuje zoznam sprostredkovateľov a tretích strán, pričom zmena zoznamu je účinná dňom zverejnenia zmeny na webovom sídle. Poistník/poistený subjekt dáva poisťovateľovi súhlas so sprístupňovaním/poskytovaním týchto údajov v nevyhnutnom rozsahu tretím stranám a s ich spracúvaním tretími stranami v súvislosti so správou poistenia, likvidáciou poistných udalostí, vymáhaním pohľadávok a zaisteníam za účelom zaistenia; súhlas sa udeľuje na dobu do vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy a počas tejto doby nie je možné ho účinne odvolať. Pre prípad, že sú v poistnej zmluve uvedené osobné údaje inej osoby, poistník vyhlasuje, že dotknuté osoby, ktorých osobné údaje poskytol, udelili predchádzajúci písomný súhlas so spracúvaním svojich osobných údajov na účely poistnej zmluvy. Poistník je povinný preukázať poisťovateľovi kedykoľvek na jeho žiadosť, že disponuje uvedeným písomným súhlasom dotknutých osôb.

Vyhlásenie poistníka

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.

Poistník súhlasí s tým, aby mu 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.allianzsp.sk vo formáte pdf, s možnosťou jeho následného stiahnutia alebo tlače.

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



