

Číslo návrhu:



* 9 9 8 3 5 5 7 1 6 8 *

ID - kód
nevpisovať**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

00163121

Telefón

Priezvisko /
obchodné meno

RÖ INTERIAR NA PRE PIAKOV O HARUŠ

Meno

EDNA LPTAKOVICOVÁ

Titul pred
menomTitul za
menom

Ulica

JAHNKA

Súp.č.

42

Or.č.

Obec

LIPTOVSKÝ HRADOK

PSČ

03301

E-mail

@

Heslo

Kontaktná adresaPriezvisko /
obchodné meno

Meno

Titul pred
menomTitul 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
menomTitul 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**Začiatok poistenia** (najskôr nasledujúci
deň po dni uzavretia zmluvy)**Koniec poistenia** (najbližšie nasledujúceho
školského roka po dni uzavretia zmluvy)

13 . 10 . 2015

14 . 10 . 2015

15 . 10 . 2016

Spôsob platenia

jednorazové

☒poštovým
peňažným
poukazom☐bankovým
prevodom☒

v hotovosti

Inkasný doklad číslo

3 3 3

Prvé poistné



F 3 R C 3 0 9 5 0 1 W

Úrazové poistenie podľa tarify 1UP

Okruh poistených osôb¹⁾Verzia poistného krytia²⁾

Poistné/1 osoba

Počet poistených osôb³⁾

Poistné v EUR

☐ všetci žiaci školy	☒	1 , 40	1 , 20	1 , 20
☐ všetci žiaci jednej triedy/fakulty				
☐ všetci žiaci tried/fakúlt	podľa zoznamu	podľa zoznamu	podľa zoznamu	
☒ žiaci podľa zoznamu	podľa zoznamu	podľa zoznamu	podľa zoznamu	236 , 90
☐ zamestnanci podľa zoznamu	4	podľa zoznamu	podľa zoznamu	
			Poistné spolu	236 , 90

¹⁾ označte jednu z možností²⁾ vyplňte v súlade s ZD UP_školy³⁾ 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.

Spracovanie 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. 8/2008 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 zaistovníam 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, poisťník 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
- ☐ elektronicky na e-mailovú adresu poistníka uvedenú v záhlaví 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.



F 3 R C 3 0 9 5 0 2 X

☒ Áno ☐ Nie, uzavretá v mene

Počet príloh

Poznámky

[illegible][illegible]

(štatutárny sp. ním
poverený osoba)

Podpis poisteného subjektu,
ak je iný než poistník
(štat. zástupca, resp. ním
poverená osoba)

 $\mu y)$

Získateľské číslo
oprávneného zástupcu
poistovateľa 1

37	882			
----	-----	--	--	--

Priezvisko a meno / obchodné meno

[illegible]

MA číslo spolupracovníka

--	--	--	--	--	--	--	--

Priezvisko a meno spolupracovníka

[illegible]

Telefón

0	9	0	5	3	6	3	0	4	6				
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

Získateľské číslo oprávneného zástupcu poisťovateľa 2

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--

 /

--	--	--

Informáciu potrebnú pre realizáciu platby prvého poistného dostanete od oprávneného zástupcu poisťovateľa.

Poistné uhrádzajte na účet v Tatra banke, a.s., číslo účtu: 2620006701/1100, IBAN: SK53 1100 0000 0026 2000 6701, BIC: TATRSKBX. Ako variabilný symbol uvádzajte číslo návrhu poistnej zmluvy alebo číslo poistnej zmluvy z potvrdenia o poistení (poistky).

