

Číslo návrhopoistky:



Skupinové úrazové poistenie pre školy

Poistovateľ: Allianz – Slovenská poisťovňa, a.s., Dostojevského rad 4, 815 74 Bratislava, IČO: 00 151 700, IČ DPH: SK2020374862, zapísaná v obch. registri Okresného súdu Bratislava 1, odd.: Sa vložka č. 196/B

Poistník Rodné číslo/IČO: Typ školy: ☒ A: bežná ☐ B: športová ☐ C: 24-hodinová

Priezvisko, meno, titul / obchodné meno

Adresa trvalého bydliska poistníka / sídlo (ulica, číslo, obec, PSČ)

Telefón E-mail

Poistený subjekt (škola) IČO: Typ školy: ☐ A: bežná ☐ B: športová ☐ C: 24-hodinová
(vyplní sa iba ak je iný než poistník)

Názov

Adresa (ulica, číslo, obec, PSČ)

Telefón E-mail

Poistený Poistenou 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 zmluvy . .

Začiatok poistenia (najskôr nasledujúci deň po dni uzavretia zmluvy) . .

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

Spôsob platenia

Prvé poistné

jednorazové ☒ poštovým peňažným poukazom ☐ bankovým prevodom ☐ v hotovosti

Inkasný doklad číslo

EUR/SKK Pokiaľ nie je uvedená mena, poistné a iné hodnoty sú uvedené v mene Slovenskej republiky platnej ku dňu uzavretia tejto zmluvy.

Úrazové poistenie podľa tarify 1UP				
Okruh poistených osôb ¹⁾	Verzia poistného krytia ²⁾	Poistné/1 osoba ²⁾	Počet poistených ²⁾	Poistné
☒ všetci žiaci školy	označte triedu/fakultu 3	1 , 9	499	948 , 10
☐ všetci žiaci jednej triedy/fakulty				
☐ všetci žiaci tried/fakúlt	podľa zoznamu	podľa zoznamu	podľa zoznamu	
☐ žiaci podľa zoznamu	podľa zoznamu	podľa zoznamu	podľa zoznamu	
☒ zamestnanci podľa zoznamu	4	podľa zoznamu	podľa zoznamu	319 , 20
Poistné spolu				1267 , 30

1) označte jednu z možností 2) vyplňte v súlade s ZD UP_školy 3) podľa evidencie v deň uzavretia zmluvy

Vyhlasenie poistníka a poisteného subjektu:

Vyhlasujem, že som bol pred uzavretím poistnej zmluvy oboznámený s jej obsahom a že som prevzal Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie - A (VPP U-A) a Zmluvné dojednania pre skupinové úrazové poistenie pre školy (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. Ako poistník/poistený subjekt vyhlasujem, že som bol oboznámený so všetkými skutočnosťami vyplývajúcimi z § 10 ods. 1 zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov. 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.

Vyjadrenie poistníka a poisteného subjektu:

Poistník/poistený subjekt týmto čestne vyhlasuje, že dotknuté osoby, poistené touto zmluvou, resp. ich zákonný zástupca, boli oboznámené a zobrali na vedomie, že ich osobné údaje poskytnuté k tejto poistnej zmluve sú poisťovateľovi povinné poskytnúť v zmysle zákona č. 8/2008 Z. z. o poisťovníctve a že tieto údaje budú spracúvané v informačnom systéme poisťovateľa. Zároveň boli oboznámené a zobrali na vedomie, že poisťovateľ je oprávnený získať ich osobné údaje kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním na nosič informácií.

Poistník/poistený subjekt ďalej čestne vyhlasuje a je povinný preukázať, že dotknuté osoby, resp. ich zákonný zástupca udelili, v zmysle § 7 zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov, poisťovateľovi súhlas:

- s poskytnutím osobných údajov tretím osobám v súvislosti so správou poistenia, likvidáciou poistných udalostí, s vymáhaním pohľadávok a zaistovníam na účely zaistenia,
- s cezhraničným prenosom osobných údajov, vykonávaným na účely správy poistenia a na účely likvidácie poistných udalostí, do krajín, ktoré zaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov ako aj do krajín, ktoré nezaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov na dobu do vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy.

Tento súhlas je možné odvolať s tým, že jeho účinky nastanú okamihom vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy, pričom povinnosti vyplývajúce z osobitných právnych predpisov tým nie sú dotknuté.

V zmysle zákona o ochrane osobných údajov Allianz - Slovenská poisťovňa, a. s. oznamuje, že spoločnosť Tatra Billing, s.r.o., Ivánska cesta 2/C, 821 04 Bratislava, IČO: 35 810 572 je oprávnená spracúvať tlačové výstupy s osobnými údajmi pre styk s klientmi.

V prípade, že má poisťovateľ podľa zákona o ochrane osobných údajov oznamovaciu povinnosť voči dotknutým osobám, táto povinnosť môže byť splnená aj tak, že sa daný oznam zverejní na internetovej stránke poisťovateľa.

Vyhlasenie 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.

Vyhlasenie poistníka v zmysle zákona č. 297/2008 Z. z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a ochrane pred financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Poistník týmto vyhlasuje, že poistnú zmluvu uzavrel vo vlastnom mene: ☒ Áno ☐ Nie

Ak nie, poistnú zmluvu uzavrel v mene (meno, priezvisko/obchodné meno - názov, rodné číslo/IČO, trvalé bydlisko/sídlo):

Ak dôjde pri vyplňaní zmluvy k oprave, platné údaje musia byť potvrdené podpisom poistníka. Ak kolónka nie je vyplná, platí, že nie je dojednané. Táto zmluva je vyhotovená v troch rovnopisoch, jeden pre poisťovateľa, jeden pre poistníka a jeden pre sprostredkovateľa poistenia.

ČU: 2620006701/1100

VS: 9983551474

SUMA: 1267,30 Eur



Meno, priezvisko a podpis poistníka
(štát. zástupca, resp. ním poverená osoba)

Meno, priezvisko a podpis
subjektu, ak je iný než poistník
(štát. zástupca, resp. ním poverená osoba)

Ziskateľské číslo
sprostredkovateľa poistenia 1

Priezvisko a meno
sprostredkovateľa poistenia 1

Telefón
sprostredkovateľa poistenia 1

Ziskateľské číslo
sprostredkovateľa poistenia 2

48908

OKA s.r.o.

0903 755 988

Počet príloh: VPP U-A+ZD UP_školy +

*Konverzný kurz 1 EUR = 30,1260 SKK

Informáciu potrebnú na realizáciu platby prvého poistného dostanete od sprostredkovateľa poistenia. Pri ďalších platbách poistného uvádzajte ako variabilný symbol číslo poistnej zmluvy. Poistné uhrádzajte na účet poistného v Tatra banke, a. s., číslo účtu 2620006701/1100.