

Číslo návrhopoistky:



* 9 9 8 3 5 5 1 4 7 4 *

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

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 ³⁾	Poistné
<input checked="" type="checkbox"/> všetci žiaci školy	označte triedu/fakultu <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/>	<input type="text" value="472"/>	<input type="text" value="896"/> <input type="text" value="80"/>
<input type="checkbox"/> všetci žiaci jednej triedy/fakulty	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> všetci žiaci tried/fakúlt	podľa zoznamu	podľa zoznamu	podľa zoznamu	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> žiaci podľa zoznamu	podľa zoznamu	podľa zoznamu	podľa zoznamu	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> zamestnanci podľa zoznamu	<input type="text" value="4"/>	podľa zoznamu	podľa zoznamu	<input type="text" value="324"/> <input type="text" value="80"/>
			Poistné spolu	<input type="text" value="1220"/> <input type="text" value="60"/>

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

Vyhlasenie poistnika 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 poistnika 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:

- a) s poskytnutím osobných údajov tretím osobám v súvislosti so správou poistenia, likvidáciou poistných udalostí, s vymáhaním pohľadávok a zaistovníam na účely zaistenia,
- b) 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 poistnika

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 poistnika 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 zmlúvy 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: 1221,60 Eur do 16.10.2013

GYMNÁZIUM
Federica Garcíu Lorca
Hronská 3
821 07 BRATISLAVA

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

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

Podpis sprostredkovateľa poistenia
(odtlačok pečiatky)

OKA s.r.o.

TI. č. 3057/1m - III./2013



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.

0903755988

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.