

**POISTNÁ ZMLUVA  
PRE KRÁTKODOBÉ SKUPINOVÉ  
ÚRAZOVÉ POISTENIE**

Číslo poistnej zmluvy:

**2-370-300202**

**Colonnade Insurance S.A.** so sídlom Rue Eugène Ruppert 20, L-2453 Luxembourg, Luxembursko, zapísaná v Obchodnom registri Luxemburg pod č. B 61605  
konajúca prostredníctvom

**Colonnade Insurance S.A., pobočka poisťovne z iného členského štátu**  
so sídlom Štúrova 27, 042 80 Košice, IČO:50 013 602, DIČ: 4120026471, IČ DPH:SK4120026471  
zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Košice I, oddiel: Po, vložka č.: 591/V

č. ziskateľa 1: **212245**

č. ziskateľa 2.:

telefónne č.: **+421 903 940 261**

email: [marta.stanislavova@jnpfin.ance.sk](mailto:marta.stanislavova@jnpfin.ance.sk)

Vám podáva návrh na uzavretie poistnej zmluvy

|                                                                         |                                                  |                               |                    |               |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------|---------------|
| <b>POISTNÍK</b><br>(vyplňuje sa, ak poistník je fyzická osoba)          | Priezvisko, meno, titul:                         | Rodné číslo:                  | Doklad totož.č.:   | Štát. prísl.: |
|                                                                         | Trvalý pobyt: (ulica, číslo, mesto/obec)         | PSČ:                          | Pošta:             |               |
| (vyplňuje sa, ak poistník je podnikajúca fyzická alebo právnická osoba) | Obchodné meno:                                   | IČO:                          | DIČ, resp. IČ DPH: |               |
|                                                                         | <b>Špeciálna základná škola</b>                  | <b>31309674</b>               | <b>2021474257</b>  |               |
|                                                                         | Sídlo / Miesto podnikania:                       | PSČ:                          | Pošta:             |               |
|                                                                         | <b>Slovenského raja 16</b>                       | <b>05313</b>                  | <b>Letanovce</b>   |               |
|                                                                         | Zapísaná v obchod. registri, resp. v inej evid.: | Zastúpená (meno, priezvisko): |                    |               |
|                                                                         | Trvalý pobyt: (ulica, číslo, mesto/obec)         | Rodné číslo:                  | Doklad totož.č.:   | Štát. prísl.: |
|                                                                         |                                                  |                               |                    |               |
|                                                                         | Kontaktná adresa:                                | PSČ:                          | Pošta:             |               |
|                                                                         | Telefón / mobil:                                 | E-mail:                       | Fax:               |               |
|                                                                         | IBAN:                                            |                               | SWIFT / BIC:       |               |
|                                                                         |                                                  |                               |                    |               |

Toto poistenie sa riadi Všeobecnými poistnými podmienkami pre poistenie úrazu a poistenie choroby, Osobitnými poistnými podmienkami pre skupinové poistenie úrazu a choroby a Osobitnými poistnými podmienkami pre príslušné riziká podľa toho, ktoré riziká sú v poistnej zmluve dojednané. Všeobecné poistné podmienky a Osobitné poistné podmienky, ktorými sa riadi táto poistná zmluva sú jej neoddeliteľnou súčasťou.

**DOBA TRVANIA POISTENIA**

Začiatok poistenia:

**1.10.2016**

Koniec poistenia:

**30.6.2017**

Časová obmedzenosť poistenia:

v čase vykonávania aktivačných prác, maximálne 64 hodín mesačne

**POISTENÉ OSOBY:** Osoby poistené touto poistnou zmluvou sú uvedené v Prílohe č. 1. - Zoznam poistených osôb

**ŠPECIFIKÁCIA SKUPINY POISTENÝCH OSÔB:**

**ŠPECIFIKÁCIA SKUPINY I:**

osoby vykonávajúce aktivačné práce

**ŠPECIFIKÁCIA SKUPINY II:**

—

**ŠPECIFIKÁCIA SKUPINY III:**

—

## ROZSAH A OBSAH POISTENIA

### Poistné sumy a poistné za dobu poistenia v EUR

| Dojednané riziko / Poistné krytie                                      | SKUPINA I. | SKUPINA II. | SKUPINA III. | POISTNÉ ZA 1 OSOBU A JEDNOTLIVÉ RIZIKÁ ZA 1 MESIAC POISTENIA |
|------------------------------------------------------------------------|------------|-------------|--------------|--------------------------------------------------------------|
| Smrť následkom úrazu                                                   | 3 320,00   |             |              | 0,29 EUR                                                     |
| Trvalá invalidita následkom úrazu                                      | 3 320,00   |             |              | 0,46 EUR                                                     |
| Trvalá invalidita následkom úrazu s progresívnym plnením               | nepoistené |             |              |                                                              |
| Liečenie úrazu                                                         | nepoistené |             |              |                                                              |
| Zlomeniny a popáleniny následkom úrazu                                 | nepoistené |             |              |                                                              |
| Denné odškodnenie za pobyt v nemocnici následkom úrazu *               | nepoistené |             |              |                                                              |
| Denné odškodnenie za pobyt v nemocnici následkom úrazu alebo choroby** | nepoistené |             |              |                                                              |
| Operácia následkom úrazu                                               | nepoistené |             |              |                                                              |
| Operácia následkom úrazu alebo choroby                                 | nepoistené |             |              |                                                              |

\*) Eliminačné obdobie 3 dni

\*\*) Eliminačné obdobie 1 deň

## POISTNÉ, POISTNÁ DOBA, TRVANIE POISTENIA

Pre toto poistenie sa dojednáva, že poistná doba je na dobu určitú a plynie od dátumu začiatku poistenia do dátumu konca poistenia. Uplynutím poistnej doby poistná zmluva zaniká.

| SKUPINA                                                   | Počet poistených v danej skupine | Jednorazové poistné na 1 poisteného v danej skupine |     | Výsledné jednorazové poistné za celú skupinu v EUR |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------|
| I.                                                        | 4                                | 6,75                                                | EUR | 27,00 EUR                                          |
| II.                                                       |                                  |                                                     | EUR |                                                    |
| III.                                                      |                                  |                                                     | EUR |                                                    |
| Výsledné jednorazové poistné za dojednanú dobu poistenia: |                                  |                                                     |     | 27,00 EUR                                          |

## OSOBITNÉ DOJEDNANIE

Dojednáva sa, že minimálne jednorazové poistné za poistnú zmluvu (bez ohľadu na počet poistených osôb) je 30,00 EUR.

V prípade poistnej udalosti je poistník povinný preukázať, že poškodená osoba bola v čase vzniku poistnej udalosti evidovaná v Špeciálnej základnej škole v Letanovciach ako poberateľ dávky v hmotnej núdzi a aktívne vykonávala práce v zmysle zákona NR SR č. 417/2013 Z.z. o pomoci v hmotnej núdzi a doplnení niektorých zákonov a v zmysle zákona NR SR č. 406/2011 Z.z. o dobrovoľníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov, alebo prác na predchádzanie mimoriadnej situácie počas vyhlásenej mimoriadnej situácie a pri odstraňovaní mimoriadnej situácie, a zároveň, že poistená osoba tieto práce nevykonávala viac ako 64 hodín za mesiac a že celkový počet aktivizovaných osôb nepresiahol počet 12 poistených ľudí v rovnakom čase.

## PLATENIE POISTNÉHO

Jednorazové poistné je splatné dňom (dátumom) začiatku poistenia.

### Údaje k úhrade poistného:

Jednorazové poistné:

.....27,00 EUR

IBAN: **SK1681300000001102100306**

SWIFT/BIC: **CITISKBA**

Variabilný symbol: **číslo poistnej zmluvy** (bez pomlčiek)

Konštantný symbol: **3558**

## PREHLÁSENIE POISTNÍKA / POISTENÉHO:

Som oboznámený s právami a povinnosťami vyplývajúcimi z poistnej zmluvy, Všeobecných poistných podmienok pre poistenie úrazu a poistenie choroby, Osobitných poistných podmienok pre skupinové poistenie úrazu a choroby a Osobitných poistných podmienok pre príslušné riziká podľa toho, ktoré sú v poistnej zmluve dojednané. Prehlasujem, že všetky údaje uvedené v tejto poistnej zmluve sú pravdivé a úplné a že som nezamietal žiadnu skutočnosť, ktorá je podstatná pre uzavretie tejto poistnej zmluvy. Zároveň potvrdzujem, že som bol oboznámený so Všeobecnými poistnými podmienkami a Osobitnými poistnými podmienkami, ktoré sú súčasťou tejto poistnej zmluvy a že som ich v písomnej forme prevzal. Všetkým ustanoveniam tejto poistnej zmluvy rozumiem a súhlasím s nimi.

.....  
Dátum uzavretia poistnej zmluvy

.....  
Podpis poistníka / poisteného

.....  
Podpis osoby poverenej dojednaním  
poistenia

## PRÍLOHY:

Príloha č. 1 - Všeobecné poistné podmienky pre poistenie úrazu a poistenie choroby (CI 380/16/05)

Príloha č. 2 - Osobitné poistné podmienky pre skupinové poistenie úrazu a choroby (CI 388/16/05)

Príloha č. 3 - Osobitné poistné podmienky úrazového poistenia pre riziko smrti následkom úrazu a trvalej invalidity následkom úrazu (CI 381/16/05)