



9999350179

Školák



Generali Poistovňa, pobočka poistovne z iného členského štátu, IČO: 54 228 573 so sídlom Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava, písaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Po, vložka č.: 8774/B, organizačná zložka podniku zahraničnej spoločnosti, prostredníctvom ktorej v Slovenskej republike podniká Generali Česká pojišťovna a.s., IČO: 452 72 956, so sídlom Spálená 75/16, 110 00 Praha 1, Česká republika, zapísaná v obchodnom registri Mestského súdu v Prahe, oddiel B, vložka č. 1464, člen skupiny Generali, zapísanej v talianskom registri poisťovacích skupín, vedenom IVASS, pod č. 026.(ďalej len „poisťovateľ“).

Poisťovateľ uzatvára s poisťníkom poisťnú zmluvu číslo: Začiatok poistenia:

A. POISTNÍK (tiež poistený, pokiaľ je zároveň poisťníkom)

Názov školy/Názov organizácie IČO

Adresa: Miesto Číslo Obec PSČ

Priezvisko, meno a titul osoby oprávnenej konať za poisťníka v mene školy Pracovná pozícia

Adresa trvalého bydliska

Miesto Číslo Obec PSČ

E-mail Telefón/Mobilný telefón

B. ÚDAJE O ŠKOLE (potrebné vyplniť len v prípade, ak škola nemá právnu subjektivitu)

Názov školy/Názov organizácie IČO

Miesto Číslo Obec PSČ

E-mail Telefón/Mobilný telefón

C. POISTENÉ OSOBY (žiaci a zamestnanci školy sú menovite uvedení v zozname, ktorý je neoddeliteľnou súčasťou poisťnej zmluvy)

Počet žiakov Počet poistených zamestnancov

D. ÚDAJE O SKUPINOVOM ÚRAZOVOM POISTENÍ

Poisťná doba: 1 rok s automatickou prolongáciou

	Skupina 1: Zamestnanci		Skupina 2: Žiaci	
	Poisťná suma v EUR	Poisťné za 1 osobu v EUR	Poisťná suma v EUR	Poisťné za 1 osobu v EUR
Prípadná smrť následkom úrazu	3500	42	1000	0,10
Prípadné následky – progresívne plnenie	-	-	-	-
Prípadné následky – lineárne plnenie	3700	42	2000	0,30
Prípadné denné odškodné za dobu nevyhnutného liečenia úrazu od 8. dňa	-	-	400	0,40
Prípadná denná dávka pri hospitalizácii	-	-	-	-
Prípadné mesačné poisťné za 1 osobu spolu	-	84	120	
Prípadné mesačné poisťné za skupinu	-	252	287,80	
Prípadné celkové ročné poisťné za skupinu 1 a 2 (EUR)	-		114,20	
Prípadné celkové ročné poisťné za skupinu 1 a 2 s daňou (EUR)	-	-	120,98	
Prípadné celkové poisťné za poisťné obdobie s daňou (EUR)	-	-	120,98	

Prípadná smrť následkom úrazu

Prípadné následky – progresívne plnenie

Prípadné následky – lineárne plnenie

Prípadné denné odškodné za dobu nevyhnutného liečenia úrazu od 8. dňa

Prípadná denná dávka pri hospitalizácii

Prípadné mesačné poisťné za 1 osobu spolu

Prípadné mesačné poisťné za skupinu

Prípadné celkové ročné poisťné za skupinu 1 a 2 (EUR)

Prípadné celkové ročné poisťné za skupinu 1 a 2 s daňou (EUR)

Prípadné celkové poisťné za poisťné obdobie s daňou (EUR)

Prípadným úrazovým poistením detí do 18 rokov je zadarmo zahrnuté aj poistenie úplných zlomenín. Poisťné plnenie za zlomeniny sa deťom vypláca vo výške 40 EUR za každú zlomeninu dlhých kostí, kostí lebečných a panvy a vo výške 20 EUR za ostatné zlomeniny. Maximálne poisťné plnenie je 60 EUR na jednu poisťnú udalosť.

Číslo poisťnej zmluvy: 9999350179

E. PLATENIE POISTNÉHO

SPÔSOB PLATENIA: Celkové bežné poisťné bude poisťník platiť:

poštovou poukážkou príkazom na úhradu na účet Generali Poistovňa, pobočka poistovne z iného členského štátu

SWIFT/BIC

IBAN

FREKVENCIA PLATENIA
Poisťník je povinný platiť poisťné v dohodnutých obdobiach:

ročných
 polročných

F. OPRÁVNENÉ OSOBY

V prípade smrti: osoby podľa § 817 Občianskeho zákonníka

V prípade trvalých následkov, denného odškodného za dobu nevyhnutného liečenia, dennej dávky pri hospitalizácii a zlomenín kostí: poistená osoba, resp. zákonný zástupca poistenej osoby

G. ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA A VYHLÁSENIA POISTNÍKA/POISTENÝCH

Pre poistenie uzavreté touto poisťnou zmluvou platia Všeobecné poisťné podmienky pre úrazové poistenie Školák (VPP Školák 2018.1), ktoré sú jej neoddeliteľnou súčasťou. Podpisom tejto poisťnej zmluvy potvrdzujem, že som sa pred vznikom poistenia oboznámil so všetkými poisťnými podmienkami uvedenými v predošlej vete pre dohodnuté poistenie, súhlasím s nimi, obdržal som ich vyhotovenie a s informáciami o spracúvaní osobných údajov, ktoré sú súčasťou zmluvnej dokumentácie a súhlasím s tým, aby mi boli sprístupnené v klientskej zóne poisťovateľa na webovom sídle. Súčasne potvrdzujem, že mi boli oznámené informácie podľa § 792a Občianskeho zákonníka.

Svojim podpisom potvrdzujem, že obsah poisťnej zmluvy je zrozumiteľný, vyjadruje moju slobodnú a vážnu vôľu, a na znak súhlasu poisťnú zmluvu podpisujem. Podpisom tejto poisťnej zmluvy potvrdzujem, že boli overené moje identifikačné údaje a totožnosť osobou konajúcou v mene poisťovateľa.

Svojim podpisom potvrdzujem, že som uviedol a zodpovedal pravdivo, úplne a podľa svojho najlepšieho vedomia všetky zadané otázky a údaje, a že som nezamlčal žiadnu skutočnosť rozhodujúcu pre uzavretie poisťnej zmluvy. Ďalej potvrdzujem, že mi pred uzavretím poisťnej zmluvy boli písomne poskytnuté informácie v zmysle Zákona o poisťovníctve v platnom znení a že mi finančný sprostredkovateľ sprostredkujúci poistenie poskytol informácie v súlade so zákonom č. 186/2009 Z. z. o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve v platnom znení.

Beriem na vedomie, že poisťovateľ je oprávnený spracúvať osobné údaje dotknutých osôb vrátane informácií o mojom zdravotnom stave v zmysle Zákona o poisťovníctve v platnom znení. Všeobecné informácie o spracúvaní osobných údajov poisťovateľom sú v Informáciách o spracúvaní osobných údajov, ktoré sú súčasťou zmluvnej dokumentácie. Podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov, s ktorými som sa oboznámil/-a pred podpisom tejto poisťnej zmluvy, sú uvedené na webovom sídle poisťovateľa: www.generali.sk a na pobočkách poisťovateľa.

Zároveň beriem na vedomie, že poisťovateľ môže nadviazať kontakt so všetkými lekármi a zdravotníckymi zariadeniami a vyžiadať si od nich informácie o mojom zdravotnom stave, ktorých získanie a spracovanie je potrebné pre účely plnenia práv a povinností poisťovateľa vyplývajúcich z tohto zmluvného vzťahu, ako aj z príslušných právnych predpisov.

Poverenie zástupcu poisťovateľa povereného uzatvorením poisťnej zmluvy:

Svojim podpisom na tejto poisťnej zmluve potvrdzujem, že som overil totožnosť klienta podľa dokladu preukazujúceho totožnosť.

ZÁKLADNÁ ŠKOLA

Vázovova ul. 4
811 07 Bratislava

-1-

Podpis poisťníka/osoby oprávnenej konať v mene poisťníka Číslo OP/pasu osoby oprávnenej konať v mene poisťníka Štátna príslušnosť osoby oprávnenej konať v mene poisťníka Podpis zástupcu poisťovateľa povereného uzatvorením zmluvy

V Dňa (dátum uzatvorenia poisťnej zmluvy)

H. ZÁSTUPCA POISŤOVATEĽA POVERENÝ UZATVORENÍM POISŤNEJ ZMLUVY

Meno a priezvisko E-mail

Získ. číslo 1 % Telef. kontakt Osobné číslo Kód akcie

Získ. číslo 2 %