

Poistná zmluva



Číslo poistnej zmluvy 2408916504 (Ponuka č. ALG2_0001094199)

Zmluvné strany

Poistovateľ

Generali Poistovňa, pobočka poistovne z iného členského štátu, IČO: 54 228 573, so sídlom Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Po, vložka č.: 8774/B, organizačná zložka podniku zahraničnej osoby, prostredníctvom ktorej v Slovenskej republike podniká Generali Česká pojišťovna a.s., IČO: 452 72 956, so sídlom Spálená 75/16, Nové Město, 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).

Poistovateľ uzatvára s poistníkom poistnú zmluvu č. 2408916504.

Poistník

Názov / Obchodné meno	Základná škola s materskou školou, Udiča 248
Právna forma	Základná škola
IČO	36129798
Krajina registrácie spoločnosti	SVK
Zápis v registri / inej evidencii	
Číslo zápisu v registri / evidencii	
Dátum zápisu v registri / evidencii	
Sídlo:	
Ulica, číslo domu	Udiča 248
PSC, obec	018 01 Udiča
Štát	SVK
Daňová rezidencia PO	
Štát / DIČ	SVK (2021670607)

Uvádzajte všetky krajiny daňovej rezidencie a príslušajúce identifikačné čísla (napr. Slovensko / 2021112223).

V prípade, že DIČ nie je pridelené, uveďte 0 (napr. Slovensko / 0).

V prípade daňovej rezidencie USA je DIČ (TIN) povinný údaj.

Konečný užívateľ výhod

Titul, meno a priezvisko	Mgr. Marika Hajdúchová
Rodné číslo	
Dátum narodenia	
Štátna príslušnosť	SVK
Pohlavie	<input type="checkbox"/> muž <input checked="" type="checkbox"/> žena
Doklad totožnosti	OP
Číslo dokladu totožnosti	
Platnosť dokladu totožnosti	10.01.2024
Krajina narodenia	SVK
Adresa trvalého pobytu:	
Ulica, číslo domu	Hatné 135
PSC, obec	018 02 Hatné

(pokračovanie tabuľky)

Štát	SVK
Kategória vzťahu právnická osoba / konečný užívateľ výhod	
<input type="checkbox"/> držba spoluvlastníckeho podielu (25% a viac) <input type="checkbox"/> kontrola výmenného percenta hlasovacích práv (25% a viac) <input checked="" type="checkbox"/> člen vrcholového manažmentu <input type="checkbox"/> strany zvereneckého fondu (v prípade zvereneckého fondu alebo podobnej právnej formy)	
Daňová rezidencia konečného užívateľa výhod	
Štát / DIČ	SVK (0)
<i>Uvádzajte všetky krajiny daňovej rezidencie a prislúchajúce identifikačné čísla (napr. Slovensko / 2021112223). V prípade, že DIČ nie je pridelené, uveďte 0 (napr. Slovensko / 0). V prípade daňovej rezidencie USA je DIČ (TIN) povinný údaj.</i>	
Politicky exponovaná osoba v zmysle zákona č. 297/2008 Z. z. ¹ (vysvetlivku nájdete na konci tejto poistnej zmluvy)	
<input type="checkbox"/> áno <input checked="" type="checkbox"/> nie	

Fyzická osoba konajúca v mene poistníka

Titul, meno a priezvisko	Mgr. Marika Hajdúchová
Rodné číslo	[REDACTED]
Dátum narodenia	[REDACTED]
Štátna príslušnosť	SVK
Pohlavie	<input type="checkbox"/> muž <input checked="" type="checkbox"/> žena
Doklad totožnosti	OP
Číslo dokladu totožnosti	[REDACTED]
Platnosť dokladu totožnosti	10.01.2024
Krajina narodenia	SVK
E-mail	
Telefónne číslo	
Adresa trvalého pobytu:	
Ulica, číslo domu	Hatné 135
PSČ, obec	018 02 Hatné
Štát	SVK
Korešpondenčná adresa:	
Ulica, číslo domu	
PSČ, obec	

Kategória vzťahu poistník / osoba konajúca v mene poistníka

- štatutár právnickej osoby
 na základe rozhodnutia štátneho orgánu (opatrovník, správca)
 na základe dohody - plnomocenstva

Poistené osoby**1. poistený**

Titul, meno a priezvisko	Mgr. Miroslava Čunderlíková
Rodné číslo	[REDACTED]
Dátum narodenia	[REDACTED]
Štátna príslušnosť	SVK

(pokračovanie tabuľky)

Pohlavie	<input type="checkbox"/> muž	<input checked="" type="checkbox"/> žena
Doklad totožnosti	OP	
Číslo dokladu totožnosti	[redacted]	
Platnosť dokladu totožnosti	23.06.2026	
Krajina narodenia	SVK	
Povolanie	Učiteľ(ka)	
Riziková skupina	1	
SZČO / s.r.o	<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie
Vykonávaný šport	lyžovanie	rekreačne
Vysoko riziková činnosť	<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie
E-mail		
Telefónne číslo		
Adresa trvalého pobytu:		
Ulica, číslo domu	Udiča 751	
PSČ, obec	018 01 Udiča	
Štát	SVK	
Daňová rezidencia poisteného		
Štát / DIČ	SVK (0)	
<p><i>Uvádzajte všetky krajiny daňovej rezidencie a prislúchajúce identifikačné čísla (napr. Slovensko / 2021112223). V prípade, že DIČ nie je pridelené, uveďte 0 (napr. Slovensko / 0). V prípade daňovej rezidencie USA je DIČ (TIN) povinný údaj.</i></p>		
Politicky exponovaná osoba v zmysle zákona č. 297/2008 Z. z. ¹ (vysvetlivku nájdete na konci tejto poistnej zmluvy)		
<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie	

2. poistený

Titul, meno a priezvisko	Mgr. Janka Gašpárková	
Rodné číslo	[redacted]	
Dátum narodenia	[redacted]	
Štátna príslušnosť	SVK	
Pohlavie	<input type="checkbox"/> muž	<input checked="" type="checkbox"/> žena
Doklad totožnosti	OP	
Číslo dokladu totožnosti	[redacted]	
Platnosť dokladu totožnosti	21.06.2027	
Krajina narodenia	SVK	
Povolanie	Učiteľ(ka)	
Riziková skupina	1	
SZČO / s.r.o	<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie
Vykonávaný šport	lyžovanie	rekreačne
Vysoko riziková činnosť	<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie
E-mail		
Telefónne číslo		
Adresa trvalého pobytu:		
Ulica, číslo domu	Udiča 487	

(pokračovanie tabuľky)

PSČ, obec	018 01 Udiča
Štát	SVK

Daňová rezidencia poisteného

Štát / DIČ	SVK (0)
------------	---------

Uvádzajte všetky krajiny daňovej rezidencie a prislúchajúce identifikačné čísla (napr. Slovensko / 2021112223).
V prípade, že DIČ nie je pridelené, uveďte 0 (napr. Slovensko / 0).

V prípade daňovej rezidencie USA je DIČ (TIN) povinný údaj.

Politicky exponovaná osoba v zmysle zákona č. 297/2008 Z. z.¹ (vysvetlivku nájdete na konci tejto poistnej zmluvy)

áno nie

3. poistený

Titul, meno a priezvisko	Mgr. Jana Lazarová	
Rodné číslo	[redacted]	
Dátum narodenia	[redacted]	
Štátna príslušnosť	SVK	
Pohlavie	<input type="checkbox"/> muž	<input checked="" type="checkbox"/> žena
Doklad totožnosti	OP	
Číslo dokladu totožnosti	[redacted]	
Platnosť dokladu totožnosti	30.07.2031	
Krajina narodenia	SVK	
Povolanie	Učiteľ(ka)	
Riziková skupina	1	
SZČO / s.r.o	<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie
Vykonávaný šport	lyžovanie	rekreačne
Vysoko riziková činnosť	<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie
E-mail		
Telefónne číslo		
Adresa trvalého pobytu:		
Ulica, číslo domu	SNP 1466/108	
PSČ, obec	017 07 Považská Bystrica	
Štát	SVK	

Daňová rezidencia poisteného

Štát / DIČ	SVK (0)
------------	---------

Uvádzajte všetky krajiny daňovej rezidencie a prislúchajúce identifikačné čísla (napr. Slovensko / 2021112223).
V prípade, že DIČ nie je pridelené, uveďte 0 (napr. Slovensko / 0).

V prípade daňovej rezidencie USA je DIČ (TIN) povinný údaj.

Politicky exponovaná osoba v zmysle zákona č. 297/2008 Z. z.¹ (vysvetlivku nájdete na konci tejto poistnej zmluvy)

áno nie

Oprávnené osoby

Oprávnená osoba pre 1. poisteného – v prípade smrti poisteného má právo na plnenie

Titul, meno a priezvisko	Dedičia podľa OZ
Podiel na poistnom plnení	100,00%

Oprávnená osoba pre 2. poisteného – v prípade smrti poisteného má právo na plnenie

Titul, meno a priezvisko	Dedičia podľa OZ
Podiel na poistnom plnení	100,00%

Oprávnená osoba pre 3. poisteného – v prípade smrti poisteného má právo na plnenie

Titul, meno a priezvisko	Dedičia podľa OZ
Podiel na poistnom plnení	100,00%

Vinkulácia

Vinkulácia	<input type="checkbox"/> áno <input checked="" type="checkbox"/> nie	Kód banky
------------	--	-----------

Indexácia

Indexácia	<input type="checkbox"/> áno <input checked="" type="checkbox"/> nie
-----------	--

Začiatok poistenia

Začiatok poistenia	02.03.2023 (najskôr nasledujúci deň po dni uzatvorenia zmluvy)
--------------------	--

Rizikové poistenie

Rizikové poistenie pre 1. poisteného

	Poistná suma	Poistná doba (v rokoch)	Ročné poistné
Smrť s konštantnou poistnou sumou (S)	330,00 €	10 rokov	1,41 €
Smrť následkom úrazu s dvojnásobným plnením pri dopravnej nehode (SUD2)	5 000,00 €	10 rokov	8,75 €
Trvalé následky úrazu s progresiou 1 000 % (TNPT)	10 000,00 €	10 rokov	37,50 €
Denná dávka za dobu nevyhnutného liečenia úrazu so začiatkom plnenia od 8. dňa (DNLU8)	5,00 €	10 rokov	56,25 €
Denná dávka pri hospitalizácii následkom úrazu (HU)	5,00 €	10 rokov	1,75 €
Medicínska asistencia (MA)	áno		

Celkové ročné poistné za všetky dojednané riziká po zohľadnení zliav a prirážok za povolanie a športovú činnosť:	105,66 €
--	----------

Rizikové poistenie pre 2. poisteného

	Poistná suma	Poistná doba (v rokoch)	Ročné poistné
Smrť s konštantnou poistnou sumou (S)	330,00 €	10 rokov	7,91 €
Smrť následkom úrazu s dvojnásobným plnením pri dopravnej nehode (SUD2)	5 000,00 €	10 rokov	8,75 €
Trvalé následky úrazu s progresiou 1 000 % (TNPT)	10 000,00 €	10 rokov	37,50 €
Denná dávka za dobu nevyhnutného liečenia úrazu so začiatkom plnenia od 8. dňa (DNLU8)	5,00 €	2 roky	56,25 €
Denná dávka pri hospitalizácii následkom úrazu (HU)	5,00 €	10 rokov	1,75 €
Celkové ročné poistné za všetky dojednané riziká po zohľadnení zliav a prirážok za povolanie a športovú činnosť:			112,16 €

Rizikové poistenie pre 3. poisteného

	Poistná suma	Poistná doba (v rokoch)	Ročné poistné
Smrť s konštantnou poistnou sumou (S)	330,00 €	10 rokov	3,74 €
Smrť následkom úrazu s dvojnásobným plnením pri dopravnej nehode (SUD2)	5 000,00 €	10 rokov	8,75 €
Trvalé následky úrazu s progresiou 1 000 % (TNPT)	10 000,00 €	10 rokov	37,50 €
Denná dávka za dobu nevyhnutného liečenia úrazu so začiatkom plnenia od 8. dňa (DNLU8)	5,00 €	10 rokov	56,25 €
Denná dávka pri hospitalizácii následkom úrazu (HU)	5,00 €	10 rokov	1,75 €
Celkové ročné poistné za všetky dojednané riziká po zohľadnení zliav a prirážok za povolanie a športovú činnosť:			107,99 €

Platenie poistného**Frekvencia platenia**

mesačne

Ročné poistné za všetky poistené osoby pred zľavou pred uplatnením medicínskej prirážky	325,81 €
Ročné poistné po zľave	276,92 €
Ročné poistné za asistenčné služby	0,00 €
Ročné poistné za medicínsku asistenciu	1,00 €
Ročné poistné za oslobodenie od platenia poistného v prípade invalidity poistníka	0 €
Ročné poistné za oslobodenie od platenia poistného v prípade úmrtia poistníka	0 €
Ročné poistné za náhradu poistného v prípade dlhodobej PN poistníka	0 €
Ročné poistné po prirážke za področnosť	291,84 €
CELKOVÉ BEŽNÉ POISTNÉ ZA ZMLUVU	24,32 €

Spôsob platenia poistného

(spôsob, akým bude poistník platiť celkové bežné poistné)

príkazom na úhradu na účet Generali

Úhrada poistného na účet poisťovateľa

IBAN	SK35 0200 0000 0000 4813 4112
SWIFT/BIC	SUBASKBX
Variabilný symbol	2408916504

Účet poistníka (s disponenčným oprávnením)

IBAN	
SWIFT/BIC	

Zdravotný dotazník

Zdravotný dotazník pre 1. poisteného

Ošetrojúci lekár

Meno ošetrojúceho lekára	
Adresa	
Telefónne číslo	

Zdravotný dotazník

Ste pravák alebo ľavák?		
Vaša súčasná výška postavy (v cm) a telesná hmotnosť (v kg)		cm kg
Fajčili ste alebo fajčíte?		<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
1.	Ste v súčasnej dobe praceneschopný alebo máte plánovanú operáciu ?	<input type="checkbox"/> áno <input checked="" type="checkbox"/> nie
2.	Bola Vám diagnostikovaná rakovina alebo iné zhubné nádorové ochorenia bez ukončenia liečby , resp. od ukončenia liečby neuplynuli 4 roky ?	<input type="checkbox"/> áno <input checked="" type="checkbox"/> nie
3.	Ste liečený na HIV/AIDS pozitívnosť alebo Hepatitídu typu C ?	<input type="checkbox"/> áno <input checked="" type="checkbox"/> nie
Liečili ste sa alebo sa liečite na niektoré z uvedených ochorení? Ak áno, uveďte ktoré.		
Alzheimer, Aneurizma na mozgu alebo srdci, Atherosclerosis universalis, Autizmus, Barrettov pažerák, Bipolárna afektívna porucha, Cirhóza pečene, Cystická fibróza, Diabetes insipidus, Diabetes mellitus (cukrovka) 1. typu u detí, Diabetická nefropatia alebo polyneuropatia, Familiárna adenomatózna polypóza, Hypertonické srdce, Chronická glomerulonefritída, Chronická obštrukčná choroba pľúc, Chronická pankreatitída, Infarkt myokardu, Ischemická choroba srdca (napr. Angína Pectoris), Kardiomyopatia, Mániodepresívna psychóza, Muskulárna dystrofia, Náhla cievna mozgová príhoda, Nefrotický syndróm, Obsedantno-kompulzívna porucha, Organický psychosyndróm, Parkinsonova choroba, Pľúcna hypertenzia, Polycystické obličky, Poruchy osobnosti, Sekundárna hypertenzia, Schizofrénia, Sjögrenov syndróm, Skleróza multiplex, Suicidálne/Samovražedné prejavy, Syfilis, Syndróm spánkového apnoe, Systémová sklerodermia, Systémový lupus erythematosus, Transplantácie, Vaskulárna nefroskleróza, Vaskulitída.		
4.		<input type="checkbox"/> áno <input checked="" type="checkbox"/> nie
5.	Poberali ste, poberáte invalidný dôchodok, je zahájené v súčasnosti konanie o priznaní invalidného dôchodku / invalidity alebo ste boli uznaným invalidným v akomkoľvek rozsahu? Ak áno, uveďte dôvod, od – do.	<input type="checkbox"/> áno <input checked="" type="checkbox"/> nie
6.	Ste závislý, alebo Vám bolo odporúčané liečenie v dôsledku užívania alkoholu, liekov alebo omamných, psychotropných a návykových látok? Ak áno, kedy (uveďte rok).	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
7.	Mali ste úraz v priebehu posledných 6 mesiacov? Uveďte, prosím, ktorej časti sa úraz týkal.	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie

8.	Trpíte, trpeli ste niektorým z týchto ochorení: choroba kostí, kĺbov (vrátane chrbtice), svalov a šliach alebo trvale používate ortopedické pomôcky? Ak áno, uveďte, prosím, o ktoré ochorenie išlo.	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
9.	Ste v súčasnej dobe tehotná? (vypĺňajú iba ženy)	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
	Vyskytli sa u vás v minulosti niektoré z nasledujúcich tehotenských, pôrodných alebo popôrodných komplikácií? (vypĺňajú iba ženy)		
9.1.	Cisársky rez, Ťažká preeklampsia, Eklampsia, Ruptúra maternice, Embólia plodovou vodou, Hlboká žilová trombóza, Mola hydatidosa, Predčasný pôrod v dôsledku smrti plodu v 2. polovici tehotenstva, Laktačná psychóza/ Popôrodná depresia, Ruptúra hrádze III. alebo IV. stupňa, Diastáza priamych brušných svalov, Iné tehotenské, pôrodné a popôrodné komplikácie. Ak áno, uveďte, prosím, o ktoré ochorenie išlo.	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
10.	Boli ste niekedy liečený alebo hospitalizovaný pre nižšie uvedené ochorenia, poruchy zdravia alebo ste príznaky týchto ochorení, resp. porúch zdravia spozorovali?	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
10.1.	cukrovka (zvýšená hodnota cukru v krvi), porucha metabolizmu (napr. zvýšený cholesterol), štítnej žľazy alebo iné poruchy žliaz s vnútornou sekréciou, dna a iné	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
10.2.	zvýšený cholesterol (namerané zvýšené hodnoty cholesterolu),	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
10.3.	ochorenia nervového systému (napr. silné bolesti hlavy, závrate, mozgová príhoda, epilepsia, skleróza multiplex a iné)	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
10.4.	vysoký krvný tlak (neliečený alebo liečený vysoký krvný tlak, bez ohľadu na užívanie liekov),	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
10.5.	ochorenie srdca a krvného obehu (napr. búšenie srdca, bolesť na prsiach, infarkt, ischemická choroba srdca, iné)	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
10.6.	ochorenia očí a uší (napr. náhle alebo výrazné zhoršenie zraku alebo sluchu, očný zákal, slepota, hluchota a iné). Ak nosíte okuliare alebo kontaktné šošovky nad 8,5 dioptrií, uveďte aj túto diagnózu.	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
10.7.	ochorenia dýchacieho ústrojenstva (napr. dýchavičnosť, embólia, astma, TBC, chronický zápal priedušiek, COVID-19 a iné),	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
10.8.	ochorenia tráviaceho traktu (napr. choroby žalúdka, dvanástorníka, čriev, pečene, žlčníka, hnačky a iné),	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
10.9.	ochorenia obličiek, močových ciest, alebo urologické ochorenia (napr. zápaly, kamene, choroby prostaty),	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
10.10.	gynekologické ochorenia a ochorenia prsníkov (napr. cysty vaječníkov, myómy, ochorenie endometrióza, zápal maternice alebo vaječníkov, prolaps močového mechúra, konečníka, maternice)	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
10.11.	ochorenia krvi, lymfatických uzlín, poruchy imunity (okrem AIDS) a hlasiviek (napr. anémia, porucha zrážanlivosti krvi a iné ochorenia krvi),	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
10.12.	duševné choroby (napr. demencia) a/alebo duševné poruchy (napr. depresia, laktačná psychóza, popôrodná depresia),	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
10.13.	rakovina či iné nádorové ochorenia (napr. zhubné i nezhubné nádory, cysty, myómy) a liečba bola už ukončená, resp. od ukončenia liečby uplynuli viac ako 4 roky,	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
10.14.	často sa opakujúce alebo chronické infekčné vírusové, bakteriálne, plesňové ochorenie alebo ochorenie kože,	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
10.15.	horúčky dlhšie trvajúce alebo neznámeho pôvodu, časté nočné potenie, zdúrenie lymfatických uzlín a iné,	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie

* Otázky, na ktoré nie je potrebné odpovedať, zostávajú bez odpovede.

Zdravotný dotazník pre 2. poisteného**Ošetrojúci lekár****Meno ošetrojúceho lekára**

MUDr. Michal Kandra

Adresa

Mládežnícka 2174, 01701 Považská Bystrica, SVK

Telefónne číslo**Zdravotný dotazník**

Ste pravák alebo ľavák?		pravák	
Vaša súčasná výška postavy (v cm) a telesná hmotnosť (v kg)		158 cm	68 kg
Fajčili ste alebo fajčíte?		<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie
1.	Ste v súčasnej dobe praceneschopný alebo máte plánovanú operáciu ?	<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie
2.	Bola Vám diagnostikovaná rakovina alebo iné zhubné nádorové ochorenia bez ukončenia liečby , resp. od ukončenia liečby neuplynuli 4 roky ?	<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie
3.	Ste liečený na HIV/AIDS pozitívnosť alebo Hepatitídu typu C ?	<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie
Liečili ste sa alebo sa liečite na niektoré z uvedených ochorení? Ak áno, uveďte ktoré.			
Alzheimer, Aneurizma na mozgu alebo srdci, Atherosclerosis universalis, Autizmus, Barrettov pažerák, Bipolárna afektívna porucha, Cirhóza pečene, Cystická fibróza, Diabetes insipidus, Diabetes mellitus (cukrovka) 1. typu u detí, Diabetická nefropatia alebo polyneuropatia, Familiárna adenomatózna polypóza, Hypertonické srdce, Chronická glomerulonefritída, Chronická obštrukčná choroba pľúc, Chronická pankreatitída, Infarkt myokardu, Ischemická choroba srdca (napr. Angína Pectoris), Kardiomyopatia, Mániodepresívna psychóza, Muskulárna dystrofia, Náhla cievna mozgová príhoda, Nefrotický syndróm, Obsedantno-kompulzívna porucha, Organický psychosyndróm, Parkinsonova choroba, Pľúcna hypertenzia, Polycystické obličky, Poruchy osobnosti, Sekundárna hypertenzia, Schizofrénia, Sjögrenov syndróm, Skleróza multiplex, Suicidálne/Samovražedné prejavy, Syfilis, Syndróm spánkového apnoe, Systémová sklerodermia, Systémový lupus erythematosus, Transplantácie, Vaskulárna nefroskleróza, Vaskulitída.			
4.		<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie
5.	Poberali ste, poberáte invalidný dôchodok, je zahájené v súčasnosti konanie o priznaní invalidného dôchodku / invalidity alebo ste boli uznaným invalidným v akomkoľvek rozsahu? Ak áno, uveďte dôvod, od – do.	<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie
6.	Ste závislý, alebo Vám bolo odporúčané liečenie v dôsledku užívania alkoholu, liekov alebo omamných, psychotropných a návykových látok? Ak áno, kedy (uveďte rok).	<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie
7.	Mali ste úraz v priebehu posledných 6 mesiacov? Uveďte, prosím, ktorej časti sa úraz týkal.	<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie
8.	Trpíte, trpeli ste niektorým z týchto ochorení: choroba kostí, kĺbov (vrátane chrčtice), svalov a šliach alebo trvale používate ortopedické pomôcky? Ak áno, uveďte, prosím, o ktoré ochorenie išlo.	<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie
9.	Ste v súčasnej dobe tehotná? (vyplňajú iba ženy)	<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie
Vyskytli sa u vás v minulosti niektoré z nasledujúcich tehotenských, pôrodných alebo popôrodných komplikácií? (vyplňajú iba ženy)			
9.1.	Cisársky rez, Ťažká preeklampsia, Eklampsia, Ruptúra maternice, Embólia plodovou vodou, Hlboká žilová trombóza, Mola hydatidosa, Predčasný pôrod v dôsledku smrti plodu v 2. polovici tehotenstva, Laktačná psychóza/ Popôrodná depresia, Ruptúra hrádze III. alebo IV. stupňa, Diastáza priamych brušných svalov, Iné tehotenské, pôrodné a popôrodné komplikácie. Ak áno, uveďte, prosím, o ktoré ochorenie išlo.	<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie

10.	Boli ste niekedy liečený alebo hospitalizovaný pre nižšie uvedené ochorenia, poruchy zdravia alebo ste príznaky týchto ochorení, resp. porúch zdravia spozorovali?	<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie
10.1.	cukrovka (zvýšená hodnota cukru v krvi), porucha metabolizmu (napr. zvýšený cholesterol), štítnej žľazy alebo iné poruchy žliaz s vnútornou sekréciou, dna a iné	<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie
10.2.	zvýšený cholesterol (namerané zvýšené hodnoty cholesterolu),	<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie
10.3.	ochorenia nervového systému (napr. silné bolesti hlavy, závrate, mozgová príhoda, epilepsia, skleróza multiplex a iné)	<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie
10.4.	vysoký krvný tlak (neliečený alebo liečený vysoký krvný tlak, bez ohľadu na užívanie liekov),	<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie
10.5.	ochorenie srdca a krvného obehu (napr. búšenie srdca, bolesť na prsiach, infarkt, ischemická choroba srdca, iné)	<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie
10.6.	ochorenia očí a uší (napr. náhle alebo výrazné zhoršenie zraku alebo sluchu, očný zákal, slepota, hluchota a iné). Ak nosíte okuliare alebo kontaktné šošovky nad 8,5 dioptrií, uveďte aj túto diagnózu.	<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie
10.7.	ochorenia dýchacieho ústrojenstva (napr. dýchavičnosť, embólia, astma, TBC, chronický zápal priedušiek, COVID-19 a iné),	<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie
10.8.	ochorenia tráviaceho traktu (napr. choroby žalúdka, dvanástorníka, čriev, pečene, žlčníka, hnačky a iné),	<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie
10.9.	ochorenia obličiek, močových ciest, alebo urologické ochorenia (napr. zápaly, kamene, choroby prostaty),	<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie
10.10.	gynekologické ochorenia a ochorenia prsníkov (napr. cysty vaječníkov, myómy, ochorenie endometrióza, zápal maternice alebo vaječníkov, prolaps močového mechúra, konečníka, maternice)	<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie
10.11.	ochorenia krvi, lymfatických uzlín, poruchy imunity (okrem AIDS) a hlasiviek (napr. anémia, porucha zrážanlivosti krvi a iné ochorenia krvi),	<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie
10.12.	duševné choroby (napr. demencia) a/alebo duševné poruchy (napr. depresia, laktačná psychóza, popôrodná depresia),	<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie
10.13.	rakovina či iné nádorové ochorenia (napr. zhubné i nezhubné nádory, cysty, myómy) a liečba bola už ukončená, resp. od ukončenia liečby uplynuli viac ako 4 roky,	<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie
10.14.	často sa opakujúce alebo chronické infekčné vírusové, bakteriálne, plesňové ochorenie alebo ochorenie kože,	<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie
10.15.	horúčky dlhšie trvajúce alebo neznámeho pôvodu, časté nočné potenie, zdúrenie lymfatických uzlín a iné,	<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie

Zdravotný dotazník pre 3. poisteného

Ošetrojúci lekár

Meno ošetrojúceho lekára

Adresa

Telefónne číslo

Zdravotný dotazník

	Ste pravák alebo ľavák?		
	Vaša súčasná výška postavy (v cm) a telesná hmotnosť (v kg)	cm	kg
	Fajčili ste alebo fajčíte?	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
1.	Ste v súčasnej dobe praceneschopný alebo máte plánovanú operáciu ?	<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie
2.	Bola Vám diagnostikovaná rakovina alebo iné zhubné nádorové ochorenia bez ukončenia liečby , resp. od ukončenia liečby neuplynuli 4 roky ?	<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie
3.	Ste liečený na HIV/AIDS pozitívnosť alebo Hepatitídu typu C ?	<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie

	Liečili ste sa alebo sa liečite na niektoré z uvedených ochorení? Ak áno, uveďte ktoré.		
4.	Alzheimer, Aneurizma na mozgu alebo srdci, Atherosclerosis universalis, Autizmus, Barretov pažerák, Bipolárna afektívna porucha, Cirhóza pečene, Cystická fibróza, Diabetes insipidus, Diabetes mellitus (cukrovka) 1. typu u detí, Diabetická nefropatia alebo polyneuropatia, Familiárna adenomatózna polypóza, Hypertenzívne srdce, Chronická glomerulonefritída, Chronická obštrukčná choroba pľúc, Chronická pankreatitída, Infarkt myokardu, Ischemická choroba srdca (napr. Angína Pectoris), Kardiomyopatia, Mániodepresívna psychóza, Muskulárna dystrofia, Náhla cievna mozgová príhoda, Nefrotický syndróm, Obsedantno-kompulzívna porucha, Organický psychosyndróm, Parkinsonova choroba, Pľúcna hypertenzia, Polycystické obličky, Poruchy osobnosti, Sekundárna hypertenzia, Schizofrénia, Sjögrenov syndróm, Skleróza multiplex, Suicidálne/Samovražedné prejavy, Syfilis, Syndróm spánkového apnoe, Systémová sklerodermia, Systémový lupus erythematosus, Transplantácie, Vaskulárna nefroskleróza, Vaskulitída.	<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie
5.	Poberali ste, poberáte invalidný dôchodok, je zahájené v súčasnosti konanie o priznaní invalidného dôchodku / invalidity alebo ste boli uznaným invalidným v akomkoľvek rozsahu? Ak áno, uveďte dôvod, od – do.	<input type="checkbox"/> áno	<input checked="" type="checkbox"/> nie
6.	Ste závislý, alebo Vám bolo odporúčané liečenie v dôsledku užívania alkoholu, liekov alebo omamných, psychotropných a návykových látok? Ak áno, kedy (uveďte rok).	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
7.	Mali ste úraz v priebehu posledných 6 mesiacov? Uveďte, prosím, ktorej časti sa úraz týkal.	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
8.	Trpíte, trpeli ste niektorým z týchto ochorení: choroba kostí, kĺbov (vrátane chrčtice), svalov a šliach alebo trvale používate ortopedické pomôcky? Ak áno, uveďte, prosím, o ktoré ochorenie išlo.	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
9.	Ste v súčasnej dobe tehotná? (vypĺňajú iba ženy)	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
	Vyskytli sa u vás v minulosti niektoré z nasledujúcich tehotenských, pôrodných alebo popôrodných komplikácií? (vypĺňajú iba ženy)		
9.1.	Cisársky rez, Ťažká preeklampsia, Eklampsia, Ruptúra maternice, Embólia plodovou vodou, Hlboká žilová trombóza, Mola hydatidosa, Predčasný pôrod v dôsledku smrti plodu v 2. polovici tehotenstva, Laktačná psychóza/ Popôrodná depresia, Ruptúra hrádze III. alebo IV. stupňa, Diastáza priamych brušných svalov, Iné tehotenské, pôrodné a popôrodné komplikácie. Ak áno, uveďte, prosím, o ktoré ochorenie išlo.	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
10.	Boli ste niekedy liečený alebo hospitalizovaný pre nižšie uvedené ochorenia, poruchy zdravia alebo ste príznaky týchto ochorení, resp. porúch zdravia spozorovali?	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
10.1.	cukrovka (zvýšená hodnota cukru v krvi), porucha metabolizmu (napr. zvýšený cholesterol), štítnej žľazy alebo iné poruchy žliaz s vnútornou sekréciou, dna a iné	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
10.2.	zvýšený cholesterol (namerané zvýšené hodnoty cholesterolu),	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
10.3.	ochorenia nervového systému (napr. silné bolesti hlavy, závrate, mozgová príhoda, epilepsia, skleróza multiplex a iné)	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
10.4.	vysoký krvný tlak (neliečený alebo liečený vysoký krvný tlak, bez ohľadu na užívanie liekov),	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
10.5.	ochorenie srdca a krvného obehu (napr. búšenie srdca, bolesť na prsiach, infarkt, ischemická choroba srdca, iné)	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
10.6.	ochorenia očí a uší (napr. náhle alebo výrazné zhoršenie zraku alebo sluchu, očný zákal, slepota, hluchota a iné). Ak nosíte okuliare alebo kontaktné šošovky nad 8,5 dioptrií, uveďte aj túto diagnózu.	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie

10.7.	ochorenia dýchacieho ústrojenstva (napr. dýchavičnosť, embólia, astma, TBC, chronický zápal priedušiek, COVID-19 a iné),	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
10.8.	ochorenia tráviaceho traktu (napr. choroby žalúdka, dvanástorníka, čriev, pečene, žlčníka, hnačky a iné),	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
10.9.	ochorenia obličiek, močových ciest, alebo urologické ochorenia (napr. zápaly, kamene, choroby prostaty),	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
10.10.	gynekologické ochorenia a ochorenia prsníkov (napr. cysty vaječníkov, myómy, ochorenie endometrióza, zápal maternice alebo vaječníkov, prolaps močového mechúra, konečníka, maternice)	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
10.11.	ochorenia krvi, lymfatických uzlín, poruchy imunity (okrem AIDS) a hlasiviek (napr. anémia, porucha zrážanlivosti krvi a iné ochorenia krvi),	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
10.12.	duševné choroby (napr. demencia) a/alebo duševné poruchy (napr. depresia, laktačná psychóza, popôrodná depresia),	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
10.13.	rakovina či iné nádorové ochorenia (napr. zhubné i nezhubné nádory, cysty, myómy) a liečba bola už ukončená, resp. od ukončenia liečby uplynuli viac ako 4 roky,	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
10.14.	často sa opakujúce alebo chronické infekčné vírusové, bakteriálne, plesňové ochorenie alebo ochorenie kože,	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
10.15.	horúčky dlhšie trvajúce alebo neznámeho pôvodu, časté nočné potenie, zdúrenie lymfatických uzlín a iné,	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie

* Otázky, na ktoré nie je potrebné odpovedať, zostávajú bez odpovede.

Vyhlásenia poistníka / poistených

Vyhlásenie 1. poisteného

Poistený vyhlasuje, že nemá v Generali Poistovni, pobočke poisťovne z iného členského štátu uzatvorené žiadne životné ani úrazové poistenie.

Vyhlásenie 3. poisteného

Poistený vyhlasuje, že nemá v Generali Poistovni, pobočke poisťovne z iného členského štátu uzatvorené žiadne životné ani úrazové poistenie.

Pre poistenie uzavreté touto poistnou zmluvou platia Všeobecné poistné podmienky pre poistenie osôb (VPP 2018.1), Osobitné poistné podmienky (ďalej len OPP) pre životné poistenie (OPP Ž 2012.1), OPP pre poistenie úrazu a choroby (OPP UCH 2017.1), OPP pre jednotlivé dojednané riziká, a Zmluvné dojednania pre životné poistenie La Vita (ZD La Vita 2022.1), vrátane oceňovacích tabuliek pre dohodnuté poistenia, ktoré sú jej neoddeliteľnou súčasťou.

Svojím podpisom tejto poistnej zmluvy potvrdzujem, že som sa pred vznikom poistenia oboznámil a súhlasím:

- so všetkými poistnými podmienkami uvedenými v predošlej vete pre dohodnuté poistenie,
- s „Ponukou pre klienta vrátane vzorového prepočtu poistného plnenia“ (ďalej len „Ponuka pre klienta“),
- s „Prehľadom poplatkov, nákladových položiek a parametrov pre životné poistenie“ pre dohodnuté poistenie (ďalej len „Prehľad poplatkov“),
- s Informáciou o dôležitých zmluvných podmienkach uzatvárajúcej poistnej zmluvy,
- v prípade uzatvorenia investičného životného poistenia, resp. pri výbere poistného produktu s možnosťou investovania iba mimoriadneho poistného, potvrdzujem, že som sa pred vznikom poistenia oboznámil aj s Dokumentom s kľúčovými informáciami pre jednotlivé investičné stratégie, resp. investičnú stratégiu,
- súčasne potvrdzujem, že mi boli oznámené informácie podľa § 792a Občianskeho zákonníka a že mi pred uzavretím poistnej zmluvy boli poskytnuté informácie v zmysle Zákona o poisťovníctve v platnom znení,
- súčasne potvrdzujem, že mi pred uzavretím poistnej zmluvy bol poskytnutý Informačný formulár k neživotnému poisteniu a životnému poisteniu bez odkupnej hodnoty.

Súhlas poistníka so zaslaním poistnej dokumentácie elektronicky

Súhlasím so zaslaním vyššie uvedenej poistnej dokumentácie na uvedenú funkčnú e-mailovú adresu:

Áno Nie

Súhlas poistníka so zasielaním písomností elektronicky:

Súhlasím so zasielaním písomností elektronicky na uvedenú funkčnú e-mailovú adresu v súlade s príslušnými poistnými podmienkami VPP 2018.1 a zároveň potvrdzujem, že som si vedomý toho, že mi poisťovateľ môže zasielať písomnosti elektronicky, s výnimkou písomností, na ktorých prevzatie je potrebný môj podpis alebo pri ktorých z ich povahy vyplýva nevyhnutnosť doručiť ich inak ako prostredníctvom e-mailu:

Áno Nie

Súhlas so spracúvaním osobných údajov na marketingové účely:

Súhlasím, aby poisťovateľ spracúval moje osobné údaje v rozsahu titul, meno, priezvisko, kontaktná adresa, telefónne číslo a e-mailová adresa a kontaktovala ma na účely ponúkajúceho produktov a služieb poisťovateľa a poskytovania informácií o aktivitách poisťovateľa, a to počas trvania zmluvného vzťahu s poisťovateľom a po dobu 5 rokov od ukončenia platnosti všetkých mojich zmluvných vzťahov s poisťovateľom. Beriem na vedomie, že tento súhlas so spracúvaním osobných údajov môžem kedykoľvek odvolať doručením písomného odvolania na adresu sídla poisťovateľa alebo odvolania prostredníctvom webového sídla poisťovateľa. Podrobné informácie o mojich právach ako dotknutej osoby a spracúvaní osobných údajov, s ktorými som bol oboznámený, sú uvedené v zmluvnej dokumentácii (v dokumente Informácie o spracúvaní osobných údajov), na webovom sídle poisťovateľa: www.generali.sk a v pobočkách poisťovateľa. Zároveň súhlasím s tým, že marketingové informácie mi môžu byť poskytované aj prostredníctvom automatických volacích a komunikačných systémov bez ľudského zásahu alebo elektronickej pošty vrátane služby krátkych správ v zmysle osobitných právnych predpisov (napr. zákon o reklame, zákon o elektronickej komunikácii):

Áno Nie

Svojim podpisom ako osoba konajúca v mene poistníka tejto poistnej zmluvy potvrdzujem, že na daňové účely som rezidentom:

Štát / DIČ SVK (0)

Uvádzajte všetky krajiny daňovej rezidencie a príslúchajúce identifikačné čísla (napr. Slovensko / 2021112223). V prípade, že DIČ nie je pridelené, uveďte 0 (napr. Slovensko / 0). V prípade daňovej rezidencie USA je DIČ (TIN) povinný údaj.

Každú zmenu daňovej rezidencie a DIČ sa zaväzujem nahlásiť poisťovateľovi bez zbytočného odkladu.

Ďalej ako osoba konajúca v mene poistníka vyhlasujem, že:

som nie som

politicky exponovaná osoba v zmysle zákona č. 297/2008 Z. z.¹ (vysvetlivku nájdete na konci tejto poistnej zmluvy)

- poistnú zmluvu uzatváram:

vo vlastnom mene v mene:

- výška ročného obratu spoločnosti je:

do 30 000 € od 30 001 € do 50 000 € od 50 001 € do 100 000 €
 od 100 001 € do 1 000 000 € nad 1 000 000 €

- prevažnú časť majetku spoločnosť nadobudla spôsobom:

príjmy z podnikania predaj majetku dedičstvo darovanie odškodnenie
 výhra výnosy z investovania

- pôvod finančných prostriedkov, ktoré plánuje spoločnosť použiť v rámci zmluvného vzťahu s poisťovateľom je:

príjmy z podnikania predaj majetku dedičstvo darovanie odškodnenie
 výhra výnosy z investovania

Záverečné ustanovenia

Svojim podpisom tejto poistnej zmluvy:



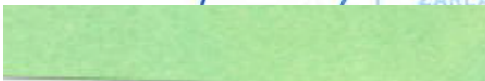

- beriem na vedomie, že poisťovateľ je oprávnený spracúvať osobné údaje dotknutých osôb vrátane informácií o zdravotnom stave dotknutých osôb v zmysle Zákona o poisťovníctve v platnom znení. Všeobecné informácie o spracúvaní osobných údajov poisťovateľom sú v Informáciách o spracúvaní osobných údajov, ktoré sú súčasťou zmluvnej dokumentácie. Podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov, s ktorými som sa oboznámil/a pred podpisom tejto poistnej zmluvy, sú uvedené na webovom sídle poisťovateľa: www.generali.sk a v pobočkách poisťovateľa,
- beriem na vedomie, že poisťovateľ môže nadviazať kontakt so všetkými lekármi a zdravotníckymi zariadeniami a vyžiadať si od nich informácie o zdravotnom stave dotknutých osôb, ktorých získanie a spracovanie sú potrebné na účely plnenia práv a povinností poisťovateľa vyplývajúcich z tohto zmluvného vzťahu, ako aj z príslušných právnych predpisov,
- som si vedomý, že poisťovateľ môže v súlade s bodom 8.15 VPP 2018.1 v závislosti od výsledku posúdenia rizikového profilu poisteného zmeniť výšku poistnej sumy pri každom poistenom riziku o +/- 15 %, resp. zmeniť výšku poistného za každé jednotlivé poistené riziko o +/- 50 % a zároveň v súvislosti s tým zmeniť výšku poistného za investičné poistenie; v oboch prípadoch poisťovateľ vykoná prípadnú zmenu tak, aby bola zachovaná dojednaná výška celkového bežného poistného,
- potvrdzujem, že obsah poistnej zmluvy je zrozumiteľný, vyjadruje moju slobodnú a vážnu vôľu, a na znak súhlasu poistnú zmluvu podpisujem,
- 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 poistnej zmluvy,
- v prípade ak som nesúhlasil s doručením poistnej dokumentácie elektronicky, potvrdzujem svojím podpisom, že som obdržal jej vyhotovenie v listinnej podobe,
- potvrdzujem, že boli overené moje identifikačné údaje a totožnosť osobou konajúcou v mene poisťovateľa a že mi finančný agent sprostredkujúci poistenie poskytol informácie v súlade so Zákonom č. 186/2009 Z. z. o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve v platnom znení.

Potvrdenie zástupcu poisťovateľa povereného uzatvorením poistnej zmluvy:

Svojim podpisom na tejto poistnej zmluve potvrdzujem, že som overil totožnosť osoby podpisujúcej túto poistnú zmluvu podľa dokladu preukazujúceho totožnosť.

V Považskej Bystrici

Dňa (dátum uzatvorenia poistnej zmluvy) 01.03.2023

podpis poistníka Základná škola s materskou školou, Udiča 248, resp. osoby konajúcej v mene poistníka

podpis zástupcu poisťovateľa Dominik Zábavčík

podpis 1. poisteného: Miroslava Čunderlíková

podpis 2. poisteného: Janka Gašpárková

podpis 3. poisteného: Jana Lazarová

Zástupca poisťovateľa poverený uzatvorením poistnej zmluvy

Meno a priezvisko	Dominik Zábavčík		
E-mail	dominik.zabavcik@generali.sk		
Telefón	+421910227085		
Osobné číslo			
Získateľské číslo	80023760-2	% podiel	100

1 Politicky exponovaná osoba je:

- a) fyzická osoba, ktorej je alebo bola zverená významná verejná funkcia - Zoznam významných verejných funkcií je dostupný na vyžiadanie ale na stránke finančnej spravodajskej jednotky,
- b) fyzická osoba, ktorá je vo vzťahu k osobe uvedenej v písm. a) tohto bodu:
 - manžel, manželka alebo osoba, ktorá má podobné postavenie ako manžel alebo manželka,
 - dieťa, zať, nevesta alebo osoba, ktorá má podobné postavenie ako zať alebo nevesta,
 - rodič;
- c) fyzická osoba, o ktorej je známe, že:
 - je konečným užívateľom výhod rovnakého klienta alebo inak ovláda rovnakého klienta ako je osoba uvedená v písm. a) tohto bodu alebo
 - podniká s osobou uvedenou v písm. a) tohto bodu, alebo
 - je konečným užívateľom výhod klienta, ktorý bol zriadený v prospech osoby uvedenej v písm. a) tohto bodu.

Generali Poistovňa, pobočka poisťovne z iného členského štátu, IČO: 54 228 573, so sídlom Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Po, vložka č.: 8774/B, organizačná zložka podniku zahraničnej osoby, prostredníctvom ktorej v Slovenskej republike podniká Generali Česká pojišťovna a.s., IČO: 452 72 956, so sídlom Spálená 75/16, Nové Město, 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.