



7004

KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group
Štefánikova 17, 811 05 Bratislava, IČO: 31 595 545. DIČ: 2021097089, IČ DPH: SK7020000746.
Spoločnosť je členom skupiny registrovanej pre DPH, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č. 3345/B (ďalej len „poisťovňa“).

číslo poistnej zmluvy 4801 902910
ziskateľské číslo 1900100669
sprostredkovateľa

POISŤNIK

Názov firmy/Zriaďovateľ školy
UBEC JAKAROVCE

Trvalá adresa (ulica, číslo domu, mesto)/Sídlo
JAKAROVCE 335

Korešpondenčná adresa (ulica, číslo domu, mesto), ak je iná, ako adresa trvalého bydliska

Dátum narodenia Rodné číslo IČO Štátna príslušnosť Mobilný telefón/Tel. kontakt

Štatutárny zástupca (priezvisko, meno, titul)
Mg STEFAN TULIPAN

E-mail

POISTENÍ

menný zoznam poistených, ktorý tvorí neoddeliteľnú prílohu poistnej zmluvy

OPRÁVNENÉ OSOBY

V prípade smrti poisteného má právo na plnenie osoba/osoby v zmysle § 817 Občianskeho zákonníka

DALŠIE DOJEDNANIA

Začiatok poistenia 01.09.2023 Koniec poistenia 31.10.2024 Interval platenia (poistné obdobie) jednorazovo

Spôsob platenia príkazom z účtu č.: IBAN SWIFT (BIC) kód banky

poštový peňažný poukaz inak

prevodom z účtu OPU č.:

Činnosť školy štandardná športová špeciálna

VARIANT A

Trvalé následky úrazu	TNU	Poistná suma 3 000,00 EUR	Jednorazové poistné 1,04 EUR
Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	1 500,00 EUR	2,96 EUR
Počet osôb 11		Jednorazové poistné za 1 poistenú osobu 4 EUR	
		Jednorazové poistné za skupinu 44,- EUR	

VARIANT B

Trvalé následky úrazu	TNU	Poistná suma 6 000,00 EUR	Jednorazové poistné EUR
Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	3 000,00 EUR	EUR
Počet osôb		Jednorazové poistné za 1 poistenú osobu EUR	
		Jednorazové poistné za skupinu EUR	

VARIANT C

Smrť následkom úrazu	SNU	Poistná suma 3 000,00 EUR	Jednorazové poistné EUR
Trvalé následky úrazu	TNU	6 000,00 EUR	EUR
Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	3 000,00 EUR	EUR
Materiálna škoda spôsobená dieťaťom v školskom zariadení	MS	300,00 EUR	EUR
Zodpovednosť za materiálnu škodu spôsobenú dieťaťom školskému zariadeniu	ZMS	300,00 EUR	EUR
Detské zlomeniny	DZ		
Počet osôb		Jednorazové poistné za 1 poistenú osobu EUR	
		Jednorazové poistné za skupinu EUR	

PEŇAZNÝ ÚSTAV POISŤOVNE:	ČÍSLO ÚČTU IBAN/SWIFT (BIC) KÓD BANKY:	POISŤNÉ	Celkové jednorazové poistné bez dane ¹	40,74 EUR
Prima banka Slovensko, a.s. SLSP, a.s. Tetra banka, a.s.	SK87 5600 0000 0012 0022 2008/KOMASK2X SK28 0900 0000 0001 7819 5386/GIBASKBX SK60 1100 0000 0026 2322 5520/TATRSKBX		Daň z poistenia ¹	3,26 EUR
			Celkové jednorazové poistné vrátane dane ¹	44,- EUR

1 Poistné za poskytované poistné krytie sa považuje za uhradené pripísaním poistného, vrátane dane z poistenia¹ na účet poisťovne.

¹ Na toto poistenie sa uplatňuje daň z poistenia podľa zákona č. 213/2018 Z. z. o dani z poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Záverecné ustanovenia

Poistník a poistený prehlasujú, že všetky jeho odpovede na písomné otázky poisťovne týkajúce sa poistenia sú pravdivé, úplné a pokiaľ neboli napísané jeho rukopisom, potvrdzuje, že ich overil(a) a sú pravdivé.

Poistník podpísaním tejto poistnej zmluvy záväzne potvrdzuje, že peňažné prostriedky použité na úhradu poistného sú jeho vlastníctvom a poistnú zmluvu uzatvára na vlastný účet.

Pre potreby dojednaného poistenia sa účet uvedený v poistnej zmluve považuje za kontaktný a v prípade, že počas trvania poistného vzťahu dôjde k zmene, je poistník povinný túto zmenu písomne oznámiť poisťovní, prípadne nahlásiť formou originálneho potvrdenia banky účet iný. V prí-

pade zneužitia účtu alebo neoznámenej zmeny účtu nenesie poisťovňa zodpovednosť za prípadnú vzniknutú škodu.

Pre toto poistenie platia príslušné ustanovenia Občianskeho zákonníka, Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie (VPP 1000-9), Osobitné poistné podmienky pre pripoistenie materiálnej škody (OPP 2800-2) a Rozsah nárokov a dojednaní, ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou poistnej zmluvy.

Každá zo zmluvných strán môže poistnú zmluvu vypovedať do 2 mesiacov od jej uzavretia, výpovedná lehota je 8 dní. Jej uplynutím poistná zmluva zanikne.

- Poistník svojím podpisom prehlasuje, že:
 - bol s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poistnej zmluvy písomne oboznámený s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatvárajúcej poistnej zmluvy prostredníctvom Informačného dokumentu o poistnom produkte (IPID), ktorý prevzal,
 - bol s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poistnej zmluvy písomne oboznámený vo vzťahu k uzatvárajúcej poistnej zmluve s informáciami o jednotlivých zložkách poistného, a to prostredníctvom Informačného formulára k neživotnému poisteniu a životnému poisteniu bez odkupnej hodnoty (ďalej len „Formulár“) a tiež prehlasuje, že Formulár prevzal v písomnej podobe,
 - bol pred uzavretím poistnej zmluvy oboznámený so znením vyššie uvedených všeobecných poistných podmienok, osobitných poistných podmienok a rozsahu nárokov a dojednaní platných pre toto poistenie, ktoré následne aj prevzal v písomnej podobe.
- V prípade, ak poistník a poistená osoba nie sú totožné osoby, poistník svojím podpisom prehlasuje, že má oprávnenie poskytnúť poisťovní osobné údaje poisteného na účely uzatvárania, správy a plnenia tejto poistnej zmluvy podľa zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
- Poisťovňa informuje poistníka a poisteného, že osobné údaje spracúva v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) (ďalej len „Nariadenie“) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Poistník a poistený prehlasujú, že sa oboznámili s informáciami o spracúvaní jeho osobných údajov podľa Nariadenia, vrátane informácií o jeho právach. Zároveň berú na vedomie, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť aj na webovej stránke poisťovne www.kpas.sk v časti Ochrana osobných údajov (www.kpas.sk/stranka/ochrana-osobnych-udajov).

(statutárne zastupcu)

podpis poistníka

totožnosť overená¹
podľa čísla OP alebo CP

odtlačok pečiatky právnickej osoby

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia (meno čitateľne) _____, svojím podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených údajov a v mene poisťovne uzatváram poistnú zmluvu.

V SP. N. B. S.
dňa 13.08.2023

podpis sprostredkovateľa poistenia

POISŤOVŇA
VIENNA INSURANCE GROUP

VIENNA INSURANCE GROUP

KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s.
Vienna Insurance Group

Štefánikova 17, 811 05 Bratislava

IČO: 41 506 445 IČ DPH: SK702 00019 759

Platné od 15.11.2022