


Číslo návrhu:

9880999099

Allianz ID - kód
nevpisovaĚ

DOŠLO DĚNA:

18 SEP. 2023

Skupinové úrazové poistenie pre školy**Poistovateľ**Allianz - Slovenská poisťovňa, a.s., Pribinova 19, 811 09 Bratislava, IČO: 00 151 700,
zapísaná v Obchodnom registri vedenom Mestským súdom Bratislava III, Oddiel: Sa, Vložka č. 196/B**Poistník**

Rodné číslo/ IČO

36080519

Telefón

+421907821872

Priezvisko /
obchodné meno

Základná škola s materskou školou Šoporňa

Meno

Titul pred
menomTitul za
menom**Adresa trvalého pobytu / sídla poistníka / miesta podnikania (ak ide o podnikajúcu FO)**

Ulica

Šoporňa

Súp.č.

Or.č.

133

Obec

Šoporňa

PSČ

92552

E-mail

riaditelka

@ zssoporna.sk

Zastúpený oprávnenou osobou

Priezvisko

Kabrhelová

Titul pred
menom

PaedDr.

Titul za
menom

Meno

Eva

Priezvisko

Titul pred
menomTitul za
menom

Meno

Kontaktná adresaPriezvisko /
obchodné meno

Meno

Titul pred
menomTitul za
menom

Ulica

Súp.č.

Or.č.

Obec

PSČ

Poistený subjekt (škola)

Typ školy:



A: bežná



B: športová



C: 24-hodinová

IČO

36080519

Telefón

+421907821872

Obchodné meno

Základná škola s materskou školou Šoporňa

Ulica

Šoporňa

Súp.č.

Or.č.

133

Obec

Šoporňa

PSČ

92552

E-mail

riaditelka

@ zssoporna.sk

Zastúpený oprávnenou osobou

Priezvisko

Titul pred
menomTitul za
menom

Meno

Priezvisko

Titul pred
menomTitul za
menom

Meno

Poistená osoba

Poistenou osobou je osoba zaradená do okruhu poistených osôb definovaného nižšie.

Oprávnené osobyPo úmrtí poistenej osoby má nárok na výplatu poistného plnenia osoba určená v zmysle § 817
ods. 2 a 3 Občianskeho zákonníka**Deň uzavretia poistnej zmluvy**

18

09

2023

Začiatok poistenia (najskôr nasledujúci
deň po dni uzavretia zmluvy)

19

09

2023

Koniec poistenia (najbližšie nasledujúceho
školského roka po dni uzavretia zmluvy)

15

10

2024



A 3 R C 3 2 0 5 0 1 K

TL. č. 3205 / AMC / VIII. 2023

Poistné: jednorazové

Spôsob platenia: bankovým prevodom

Úrazové poistenie podľa tarify 1UP

Okruh poistených osôb	Verzia poistného krytia ¹⁾	Poistné s daňou ³⁾ / 1 osoba	Počet poistených osôb ²⁾	Poistné s daňou v EUR ³⁾
<input checked="" type="checkbox"/> všetci žiaci školy	2	1,20	429	514,80
<input type="checkbox"/> všetci žiaci tried/fakúlt				
označte poistené triedy/fakulty				
<input type="checkbox"/> žiaci podľa zoznamu				
<input checked="" type="checkbox"/> zamestnanci podľa zoznamu	3	4,40	64	281,60
Poistné + Daň z poistenia³⁾:	737,41	+	58,99	Poistné spolu s daňou³⁾ 796,40

¹⁾ vyplňte v súlade s ZD UP_školy

²⁾ podľa evidencie v deň uzavretia zmluvy – platí len pre všetkých žiakov školy alebo všetkých žiakov triedy/fakulty

³⁾ Daň z poistenia je vypočítaná vo výške 8 % v zmysle zákona č. 213/2018 Z. z. o dani z poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Skupinové úrazové poistenie pre školy dojednané touto poistnou zmluvou sa riadi Všeobecnými poistnými podmienkami pre úrazové poistenie - A (VPP U-A) schválenými 01. 08. 2023 a Zmluvnými dojednaniami pre skupinové úrazové poistenie pre školy schválenými dňa 01. 08. 2023 (ZD UP_školy).

Vyhlásenie poistníka k spracúvaniu osobných údajov:

Vyhlasujem, že mi boli poskytnuté informácie vyplývajúce z platných právnych predpisov upravujúcich ochranu osobných údajov. Uvedené informácie sú uvedené aj na webovom sídle poisťovateľa. Beriem na vedomie, že mám právo požiadať poisťovateľa o poskytnutie týchto informácií v úplnom znení v tlačenej podobe.

Pre prípad, že som uviedol osobné údaje inej osoby zároveň potvrdzujem, že táto osoba mi udelila predchádzajúci písomný súhlas so spracúvaním svojich osobných údajov poisťovateľom na účely podľa platného zákona o poisťovníctve a som si vedomý toho, že som povinný preukázať poisťovateľovi kedykoľvek na jeho žiadosť, že disponujem uvedeným písomným súhlasom tejto osoby.

Vyhlásenie poistníka

Vyhlasujem, že všetky odpovede na písomné otázky poisťovateľa týkajúce sa poistenia sú pravdivé a úplné.

Ako poistník vyhlasujem a svojim 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.

Vyhlasujem, že som bol pred uzavretím poistnej zmluvy oboznámený s obsahom Všeobecných poistných podmienok pre úrazové poistenie - A (VPP U-A) schválených dňa 01. 08. 2023 a Zmluvných dojednaní pre skupinové úrazové poistenie pre školy schválených dňa 01. 08. 2023 (ZD UP_školy), ktoré sa vzťahujú na túto poistnú zmluvu a tvoria jej neoddeliteľnú súčasť. Súhlasím s tým, aby mi poistné podmienky, ktoré sa vzťahujú na poistenie dojednané touto poistnou zmluvou, poisťovateľ poskytol nasledovným spôsobom:

- v tlačenej podobe pri podpise tejto poistnej zmluvy
- sprístupnením na webovom sídle poisťovateľa www.allianz.sk vo formáte pdf, s možnosťou jeho následného stiahnutia alebo tlače.
- elektronicky na nasledovnú e - mailovú adresu poistníka

Beriem na vedomie, že v prípade, ak neoznačím žiadnu z vyššie uvedených možností poskytnutia poistných podmienok, má sa za to, že som si zvolil poskytnutie poistných podmienok sprístupnením na webovom sídle poisťovateľa.

Vyhlasujem, že som si vedomý, že poistné v tejto poistnej zmluve je kalkulované vrátane peňažného plnenia v zmysle § 32 zákona č. 186/2009 Z. z. o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Peňažné plnenie je stanovené v zmysle Zákona NR SR č. 18/1996 Z. z. o cenách v znení neskorších predpisov.



A 3 R C 3 2 0 5 0 2 L

9880999099

Pokiaľ je táto poisťná zmluva predmetom verejného obstarávania, vyhlasujem, že v rámci tohto zrealizovaného verejného obstarávania som vykonal opatrenia potrebné k tomu, aby nedošlo ku konfliktu záujmov, ktorý by mohol narušiť alebo obmedziť hospodársku súťaž alebo porušiť princíp transparentnosti a princíp rovnakého zaobchádzania v zmysle ust. § 23 ods. 1 zákona č. 343/2015 Z.z. o verejnom obstarávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Počet príloh

Poznámky

l.domorak@gmail.com



Podpis oprávnenej osoby poistníka

Podpis oprávnenej osoby poisteného subjektu, ak je iný ako poistník

LD - FIN s.r.o. /

Podpis oprávneného zástupcu poisťovateľa (odtlačok pečiatky)

Získateľské číslo oprávneného zástupcu poisťovateľa 1

00063916

MA číslo spolupracovníka

63916

Telefón

+421907719154

Priezvisko a meno / obchodné meno

LD-FIN s.r.o.

Priezvisko a meno spolupracovníka

Domorák Luboš

Získateľské číslo oprávneného zástupcu poisťovateľa 2

Poistné uhrádzajte na účet v Tatra banke, a.s., bankový účet IBAN: SK53 1100 0000 0026 2000 6701, BIC: TATRSKBX. Ako variabilný symbol uvádzajte číslo návrhu poisťnej zmluvy alebo číslo poisťnej zmluvy z potvrdenia o poistení (poistky).



A 3 R C 3 2 0 5 0 3 M