

**Školák**

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.(ďalej len „poisťovateľ“).

Poisťovateľ uzatvára s poisníkom poisťnú zmluvu číslo:  Začiatok poistenia:

**A. POISTNÍK (tiež poistený, pokiaľ je zároveň poisníkom)**

Názov školy/Názov organizácie  IČO

Ulica  Číslo  Obec  PSČ

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

**Adresa trvalého bydliska**

Ulica  Číslo  Obec  PSČ

Email  Telefón/Mobilný telefón

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

Názov školy/Názov organizácie  IČO

Ulica  Číslo  Obec  PSČ

Email  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
Smrť následkom úrazu	—	—	1000.—	0,10
Trvalé následky – progresívne plnenie	—	—	—	—
Trvalé následky – lineárne plnenie	—	—	2000.—	0,30
Denné odškodné za dobu nevyhnutného liečenia úrazu od 8. dňa	—	—	2.—	1,60
Denná dávka pri hospitalizácii	—	—	2.—	0,30
Ročné poisťné za 1 osobu spolu	—	—	—	2,30
Ročné poisťné za skupinu	—	—	—	1028,10
Celkové ročné poisťné za skupinu 1 a 2 (EUR)	—	—	—	1028,10
Daň	—	—	—	82,25
Celkové ročné poisťné za skupinu 1 a 2 s daňou (EUR)	—	—	—	1110,35
Celkové poisťné za poisťné obdobie s daňou (EUR)	—	—	—	1110,35

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

**PLATENIE POISŤNÉHO****PLATENIA: Celkové bežné  
bude poisťník platiť:**mojou poukážkou  príkazom na úhradu na účet Generali Poistovňa, pobočka poisťovne z iného členského štátuIČO **FREKVENCIA PLATENIA**  
Poisťník je povinný platiť poisťné  
v dohodnutých obdobiach:

- 
- ročných
- 
- 
- polročných

**ZÁJMOVÉ 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:

osoba, resp. zákonný zástupca poisťenej osoby

**PRÍKAZNÉ USTANOVENIA A VYHLÁSENIA POISŤNÍKA/POISŤENÝCH**

Ustanovenia uzavreté touto poisťnou zmluvou platia Všeobecné poisťné podmienky pre úrazové poistenie Školák (VPP Školák 2018.1), ktoré sú 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 poisťovateľa. Potvrdzujem, že mi boli oznámené informácie podľa § 792a Občianskeho zákonníka.

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

Podpisom potvrdzujem, že som uviedol a zodpovedal pravdivo, úplne a podľa svojho najlepšieho vedomia všetky zadané otázky a údaje, a že som si uvedomil, že akékoľvek nepravdivé údaje môžu viesť k tomu, že poisťovateľ môže rozhodnúť o uzavretí poisťnej zmluvy. Ďalej potvrdzujem, že mi pred uzavretím poisťnej zmluvy boli písomne oznámené všetky informácie v zmysle Zákona o poisťovníctve v platnom znení a že mi finančný sprostredkovateľ sprostredkujúci poistenie poskytol všetky potrebné informácie v súlade so zákonom č. 186/2009 Z. z. o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve v platnom znení.

Ustanovením 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 písomne, sú uvedené na webovom sídle poisťovateľa: www.generalisk.sk a na pobočkách poisťovateľa.

Ustanovením v zmysle Zákona o poisťovníctve v platnom znení. Podpisom potvrdzujem, že som sa oboznámil/-a písomne na vedomie, že poisťovateľ môže nadviazať kontakt so všetkými lekármi a zdravotníckymi zariadeniami a vyžiadať si od nich informácie o zdravotnom stave, ktorých získanie a spracovanie je potrebné pre účely plnenia práv a povinností poisťovateľa vyplývajúcich z tohto vzťahu, ako aj z príslušných právnych predpisov.

**Ustanovením v zmysle Zákona o poisťovníctve v platnom znení.**

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

**Príloha - Informácia o spracúvaní osobných údajov**

Sme povinní uviesť účely spracúvania osobných údajov. Účel spracúvania znamená výslovný dôvod, pre ktorý spracúvame vaše osobné údaje.

Spracúvanie osobných údajov na tieto účely:

1. Správa poisťných zmlúv. Správa poisťných zmlúv znamená aj vykonávanie starostlivosti o klientov (elektronická korešpondencia a klientska zóna).

2. Spracúvanie požiarových škôd a štastných prípadov.

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

Dňa  (dátum uzatvorenia poisťnej zmluvy)**Ustanovením v zmysle Zákona o poisťovníctve v platnom znení.**E-mail Telef. kontakt  Osobné číslo  Kód akcie Dátum uzatvorenia poisťnej zmluvy  %