



9881048407



Číslo návrhu:

ID - kód
nevpisovať**Skupinové úrazové poistenie pre školy****Poistovateľ**Allianz - Slovenská poisťovňa, a.s., Příbinova 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

00305545

Telefón +421911242852

Priezvisko /
obchodné meno

Obec Kvetoslavov

Meno

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

Ulica

Senecká

Súp.č. 258

Or.č. 31

Obec

Kvetoslavov

PSČ 93041

E-mail

starosta

@ obeckvetoslavov.sk

Zastúpený oprávnenou osobou

Priezvisko

Franková

Titul pred
menom

Ing.

Titul za
menom

Meno

Soňa

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

00305545

Telefón +421948786553

Obchodné meno

Materská škola

Ulica

Hlavná

Súp.č. 264

Or.č. 67

Obec

Kvetoslavov

PSČ 93041

E-mail

mskvetoslavov1

@ gmail.com

Zastúpený oprávnenou osobou

Priezvisko

Úrge

Titul pred
menomTitul za
menom

Meno

Katarína

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**

10

10

2023

Začiatok poistenia (najskôr nasledujúci
deň po dni uzavretia zmluvy)

11

10

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

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⁾
☒ všetci žiaci školy	2	1,20	65	78,00
☐ všetci žiaci tried/fakúlt				
označte poistené triedy/fakulty				
☐ žiaci podľa zoznamu				
☒ zamestnanci podľa zoznamu	3	4,40	6	26,40
Poistné + Daň z poistenia³⁾:	96,67	+	7,73	Poistné spolu s daňou³⁾ 104,40

¹⁾ vyplňte v súlade s ZD UP_školy²⁾ podľa evidencie v deň uzavretia zmluvy – platí len pre všetkých žiakov školy alebo všetkých žiakov tried/fakulty³⁾ 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 svojím podpisom potvrdzujem, že som bol oboznámený a zároveň som obdržal v písomnej forme údaje v zmysle ustanovenia § 792a zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákoník 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 neozačím 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

9881048407

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

5509689@ovbmail.eu

Podpis oprávnenej osoby poistníka

Podpis oprávnenej osoby poisteného subjektu, ak je iný ako poistník

Podpis oprávneného zástupcu poisťovateľa (odtlačok pečiatky)

Získateľské číslo
oprávneného zástupcu
poisťovateľa 1

00009254

MA číslo spolupracovníka

5509689

Telefón

+421904032192

Priezvisko a meno / obchodné meno

OVB Allfinanz Slovensko

Priezvisko a meno spolupracovníka

Hebelka Bohumil

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

Allianz – Slovenská poisťovňa, a. s.

Vec: Príkaz k úhrade prvého poistného k poistnej zmluve č.: 9881048407

Vážený klient,

ďakujeme Vám za dôveru, ktorú ste nám preukázali uzavretím skupinového úrazového poistenia pre školy v našej spoločnosti Allianz – Slovenská poisťovňa, a. s., ktorá je lídrom na slovenskom poistnom trhu a je zárukou finančnej sily, profesionality a tradície.

Dovoľujeme si Vás požiadať, aby ste návrh poistenia, ktorý ste práve dostali, starostlivo uschovali, keďže podpisom oboch zmluvných strán sa stáva poistnou zmluvou. V návrhu poistnej zmluvy nájdete údaje finančného agenta, ktorý je kontaktnou osobou pri riešení Vašich požiadaviek týkajúcich sa uzavretého poistenia.

K úhrade prvého poistného prosím použite nasledovnú platobnú inštrukciu:

Banka: Tatra banka, a. s.
 IBAN: SK17 1100 0000 0026 2600 6702
 Variabilný symbol: 9881048407
 Poistné: 104,40 EUR

Poistné môžete taktiež uhradiť vo Vašej banke na jeden z uvedených účtov:

VUB SK23 0200 0000 0012 7208 9058
 SLSP SK53 0900 0000 0006 3196 8405
 UniCredit SK66 1111 0000 0066 1777 3000
 CSOB SK52 7500 0000 0002 5509 6403

Ďakujeme za prejavenu dôveru.

S pozdravom

Allianz – Slovenská poisťovňa, a. s.

Príkaz k úhrade

Banke		Pobočke		Dátum splatnosti			
Bankové spojenie							
IBAN – číslo účtu platiteľa		BIC – kód banky platiteľa					
IBAN – číslo účtu príjemcu		BIC – kód banky príjemcu		Mena	Symbol		
				Čiastka EUR	Variabilný	Konštantný	Špecifický
SK1711000000002626006702		TATRSKBX		104,40	9881048407	3558	
Doplňujúce údaje banky				Údaje pre vnútornú potrebu príkazcu			

V

dňa

pečiatka a podpis