



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 Mestského súdu Bratislava III, oddiel: Sa, vložka č. 3345/B (ďalej len „poisťovňa“).

číslo poistnej zmluvy **4810 900349**
ziskateľské číslo sprostredkovateľa **6402**

POISTNÍK

Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko)/Názov firmy: **Spojená škola internátna**

Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto)/Sídlo: **Masarykova 11175/20C, Prešov**

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

Dátum narodenia: _____ Rodné číslo/ IČO: **4 2 0 8 5 3 8 1** | Štátna príslušnosť: _____ | Mobilný telefón/Tel. kontakt: _____

Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa)/Štatutárny zástupca (priezvisko, meno, titul): **Mgr. Hedviga Tomášová- riaditeľka**

E-mail: **szsizastupkyna@gmail.com**

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

ĎALŠIE DOJEDNANIA

Začiatok poistenia: **2 9 1 1 2 0 2 3** | **0 0 . 0 0** h | Koniec poistenia: **3 0 1 1 2 0 2 3** | **0 0 . 0 0** h | Interval platenia (poistné obdobie): ročne jednorazovo

V prípade zvýšeného rizika rizikovej skupiny oproti uvedenému v poistnej zmluve je poisťovňa oprávnená zmeniť výšku poistnej sumy alebo poistného, a to max. o 10 % podľa poistno-matematických zásad. V prípade neurčenia sa zachováva výška poistného a zmení sa výška poistnej sumy podľa uvedených podmienok.

Žiadam zachovať: (vyberte jednu z možností) výšku poistného výšku poistnej sumy

Spôsob platenia príkazom z účtu č.: IBAN **SK200818010000100701003415094** | SWIFT (BIC) kód banky: _____

poštový peňažný poukaz inak _____

prevodom z účtu OPU č.: _____

Špecifikácia pracovnej, športovej alebo inej činnosti/udalosti, na ktoré sa skupinové úrazové poistenie vzťahuje:
futbal

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť **futbal**
 pracovná činnosť _____
 iné _____

Riziková skupina		SNU	Poistná suma	Poistné za skupinu
<input checked="" type="checkbox"/> 2	Smrť následkom úrazu		3000 EUR	0,19 EUR
<input type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu	TNU	EUR	EUR
<input checked="" type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením 350 %	TNUP	20000 EUR	2,88 EUR
<input checked="" type="checkbox"/>	Hospitalizácia následkom úrazu	UH	5 EUR	0,38 EUR
<input checked="" type="checkbox"/>	Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	5000 EUR	3,07 EUR
<input type="checkbox"/>	Invalidita následkom úrazu	IU	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	Detské zlomeniny	DZ		

8 Počet osôb | Ročné/Jednorazové poistné za skupinu **6,53 EUR**

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť
 pracovná činnosť
 iné

Riziková skupina			Poistná suma	Poistné za skupinu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Smrť následkom úrazu	SNU	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR
	<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu	TNU	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR
	<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením 350 %	TNUP	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR
	<input type="checkbox"/> Hospitalizácia následkom úrazu	UH	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR
	<input type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR
	<input type="checkbox"/> Invalidita následkom úrazu	IU	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR
	<input type="checkbox"/> Detské zlomeniny	DZ		

Počet osôb Ročné/Jednorazové poistné za skupinu EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť
 pracovná činnosť
 iné

Riziková skupina			Poistná suma	Poistné za skupinu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Smrť následkom úrazu	SNU	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR
	<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu	TNU	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR
	<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením 350 %	TNUP	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR
	<input type="checkbox"/> Hospitalizácia následkom úrazu	UH	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR
	<input type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR
	<input type="checkbox"/> Invalidita následkom úrazu	IU	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR
	<input type="checkbox"/> Detské zlomeniny	DZ		

Počet osôb Ročné/Jednorazové poistné za skupinu EUR

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Prevažujúca: športová činnosť
 pracovná činnosť
 iné

Riziková skupina			Poistná suma	Poistné za skupinu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Smrť následkom úrazu	SNU	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR
	<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu	TNU	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR
	<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením 350 %	TNUP	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR
	<input type="checkbox"/> Hospitalizácia následkom úrazu	UH	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR
	<input type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR
	<input type="checkbox"/> Invalidita následkom úrazu	IU	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR
	<input type="checkbox"/> Detské zlomeniny	DZ		

Počet osôb Ročné/Jednorazové poistné za skupinu EUR

PEŇAŽNÝ ÚSTAV POISŤOVNE:	ČÍSLO ÚČTU IBAN/SWIFT (BIC) KÓD BANKY:		Celková zľava za počet osôb	0,00 EUR
Prima banka Slovensko, a.s. SLSP, a.s. Tatra banka, a.s.	SK87 5600 0000 0012 0022 2008/KOMASK2X SK28 0900 0000 0001 7819 5386/GIBASKBX SK60 1100 0000 0026 2322 5520/TATRSK BX	POISŤNÉ	Celkové ročné/jednorazové poistné bez dane ¹	6,05 EUR
			Daň z poistenia ¹	0,48 EUR
			Celkové ročné/jednorazové poistné vrátane dane ¹	6,53 EUR

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.

Záverečné ustanovenia

Pre poistenie platia príslušné ustanovenia Občianskeho zákonníka, Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie (ďalej len „VPP 1000-10“) a Rozsah nárokov a dojednaní (ďalej len „RN“), 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.

Prehlásenie poistníka:

1. Poistník svojím podpisom prehlasuje, že:

a) bol s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poistnej zmluvy písomne oboznámený s obsahom poistnej zmluvy, RN, VPP 1000-10, Oceňovacími tabuľkami a s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatvárateľnej poistnej zmluvy prostredníctvom Informačného dokumentu o poistnom produkte (ďalej len „IPID“) a tiež prehlasuje, že VPP 1000-10, RN, Oceňovacie tabuľky a IPID prevzal v písomnej podobe, alebo že VPP 1000-10, Oceňovacie tabuľky, RN a IPID neprevzal v písomnej podobe, ale mu boli na základe jeho výslovnej žiadosti zaslané e-mailom na e-mailovú adresu

b) bol s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poistnej zmluvy písomne oboznámený vo vzťahu k uzatvárateľnej 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,

c) úplne a pravdivo odpovedal na všetky otázky týkajúce sa dojednávania poistenia podľa poistnej zmluvy a je oboznámený s povinnosťami v priebehu trvania poistenia bez zbytočného odkladu oznámiť poisťovni všetky prípadné zmeny v údajoch. Pokiaľ nie sú odpovede napísané jeho rukopisom, potvrdzuje, že ich overil a sú pravdivé. Berie na vedomie, že nepravdivé alebo neúplné odpovede môžu mať v zmysle Občianskeho zákonníka za následkom odstúpenie od poistnej zmluvy alebo odmietnutie poistného plnenia zo strany poisťovne,

d) 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 zmenu písomne oznámiť poisťovni, prípadne nahlásiť formou originálneho potvrdenia banky iný účet. V prípade zneužitia účtu alebo neoznámenej zmeny účtu nenesie poisťovňa zodpovednosť za prípadnú vzniknutú škodu,

e) peňažné prostriedky použité na úhradu poistného sú jeho vlastníctvom a poistnú zmluvu uzatvára na vlastný účet.

2. V prípade, ak poistník a poistená osoba nie sú totožné osoby, poistník svojím podpisom prehlasuje, že má oprávnenie poskytnúť poisťovni osobné údaje poisteného alebo oprávnenej osoby na účely uzatvárania, správy a plnenia poistnej zmluvy podľa zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

3. V prípade, ak poistník a poistená osoba nie sú totožné osoby, poistník alebo oprávnená osoba prehlasuje, že má oprávnenie disponovať s osobnými údajmi poistenej osoby alebo poistených osôb na účely uzatvárania, správy a plnenia tejto poistnej zmluvy v zmysle zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

4. 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).

_____ podpis poistníka

_____ podpis poistníka

_____ totožnosť overená
podľa čísla OP alebo CP

_____ odtlačok pečiatky právnickej osoby

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia (meno čitateľne) AM Finance, s.r.o., svojím podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených údajov a v mene poisťovne uzatvára poistnú zmluvu.

v

dňa

_____ podpis sprostredkovateľa poistenia