

Číslo návrhu:

ID - kód
nevpisovať

* 9 9 8 3 5 6 1 5 2 5 *

Allianz

Slovenská poisťovňa

14.10.2016
84/2016**Skupinové úrazové poistenie pre školy**

Poisťovateľ

Allianz - Slovenská poisťovňa, a. s., Dostojevského rad 4, 815 74 Bratislava 1, IČO: 00 151 700,
IČ DPH: 2020374862, zapísaná v obch. registri Okresného súdu Bratislava 1, odd.: Sa, vložka č. 196/B

Poisťník

Typ školy:

☒

A: bežná

☐

B: športová

☐

C: 24-hodinová

Rodné číslo/ IČO

42039304

Telefón

Priezvisko /
obchodné meno

CENTRUM VOĽNEHO ČASU

Meno

Titul pred
menomTitul za
menom

Ulica

GENERALA SVOBODU

Súp.č.

675

Or.č.

23

Obec

MEDZILABORCE

PSČ

06801

E-mail

@

Heslo

Kontaktná adresaPriezvisko /
obchodné meno

Meno

Titul pred
menomTitul za
menom

Ulica

Súp.č.

Or.č.

Obec

PSČ

Poistený subjekt (škola) (vyplní sa v prípade, ak je odlišný od osoby poisťníka)

Typ školy:

☐

A: bežná

☐

B: športová

☐

C: 24-hodinová

Rodné číslo/ IČO

Telefón

Obchodné meno

Meno

Titul pred
menomTitul za
menom

Ulica

Súp.č.

Or.č.

Obec

PSČ

E-mail

@

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 Občianskym
zákonníkom § 817 ods. 2 a 3.**Deň uzavretia poistnej zmluvy****Začiatok poistenia** (najskôr nasledujúci
deň po dni uzavretia zmluvy)**Koniec poistenia** (najbližšie nasledujúceho
školského roka po dni uzavretia zmluvy)

14.10.2016

15.10.2016

15.10.2017

Spôsob platenia

jednorazové

☒poštovým
peňažným
poukazom☐bankovým
prevodom☒

v hotovosti

333

Inkasný doklad číslo



F 3 R C 3 0 9 5 0 1 W

Tl. č. 3095-1/2m - III./2016

strana 1 z 3

Úrazové poistenie podľa tarify 1UP

Okruh poistených osôb ¹⁾	Verzia poistného krytia ²⁾	Poistné/1 osoba	Počet poistených osôb ³⁾	Poistné v EUR
<input type="checkbox"/> všetci žiaci školy	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> všetci žiaci jednej triedy/fakulty	označte triedu/fakultu <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> všetci žiaci tried/fakúlt	podľa zoznamu	podľa zoznamu	podľa zoznamu	<input type="text"/> , <input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> žiaci podľa zoznamu	podľa zoznamu	podľa zoznamu	podľa zoznamu	<input type="text"/> 272 , <input type="text"/> 20
<input type="checkbox"/> zamestnanci podľa zoznamu	<input type="text"/> 4	podľa zoznamu	podľa zoznamu	<input type="text"/> , <input type="text"/>
Poistné spolu				<input type="text"/> 272 , <input type="text"/> 20

¹⁾ označte jednu z možností²⁾ vyplňte v súlade s ZD UP_školy³⁾ podľa evidencie v deň uzavretia zmluvy

Vyhlásenie poistníka a poisteného subjektu:

Vyhlasujem, že som bol pred uzavretím poistnej zmluvy oboznámený s obsahom Všeobecných poistných podmienok pre úrazové poistenie - A (VPP U-A) schválených dňa 1.7.2015 a Zmluvných dojednaní pre skupinové úrazové poistenie pre školy schválených dňa 1.7.2015 (ZD UP_školy), ktoré sa vzťahujú na túto poistnú zmluvu a tvoria jej neoddeliteľnú súčasť ako jej prílohy. Vyhlasujem, že všetky odpovede na písomné otázky poisťovateľa týkajúce sa poistenia sú pravdivé a úplné. Zároveň vyhlasujem a svojím podpisom potvrdzujem, že som bol pred uzavretím poistnej zmluvy oboznámený s obsahom a v písomnej forme som prevzal Informáciu o podmienkach uzavretia poistnej zmluvy Skupinové úrazové poistenie pre školy.

Spracúvanie osobných údajov:

Poistník/poistený subjekt je povinný poisťovateľovi poskytnúť a umožniť získať kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním osobné údaje, ako aj ďalšie údaje požadované poisťovateľom v zmysle zákona č. 39/2015 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Poistník/poistený subjekt týmto vyhlasuje, že je oboznámený so všetkými skutočnosťami vyplývajúcimi z § 15 ods. 1 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o ochrane osobných údajov“). Poistník/poistený subjekt svojím podpisom na poistnej zmluve dáva súhlas, aby si poisťovateľ splnil oznamovaciu povinnosť podľa § 15 a § 8 zákona o ochrane osobných údajov zverejnením znenia tejto oznamovacej povinnosti na svojom webovom sídle. Poisťovateľ za týmto účelom na webovom sídle zverejňuje zoznam sprostredkovateľov a tretích strán, pričom zmena zoznamu je účinná dňom zverejnenia zmeny na webovom sídle. Poistník/poistený subjekt dáva poisťovateľovi súhlas so sprístupňovaním/poskytovaním týchto údajov v nevyhnutnom rozsahu tretím stranám a s ich spracúvaním tretími stranami v súvislosti so správou poistenia, likvidáciou poistných udalostí, vymáhaním pohľadávok a zaistovníam za účelom zaistenia; súhlas sa udeľuje na dobu do vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy a počas tejto doby nie je možné ho účinne odvolať. Pre prípad, že sú v poistnej zmluve uvedené osobné údaje inej osoby, poisťník vyhlasuje, že dotknuté osoby, ktorých osobné údaje poskytol, udelili predchádzajúci písomný súhlas so spracúvaním svojich osobných údajov na účely poistnej zmluvy.

Poistník je povinný preukázať poisťovateľovi kedykoľvek na jeho žiadosť, že disponuje uvedeným písomným súhlasom dotknutých osôb.

Vyhlásenie poistníka

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 zákonník v znení neskorších predpisov.

Poistník súhlasí s tým, aby mu 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.allianzsp.sk vo formáte pdf, s možnosťou jeho následného stiahnutia alebo tlače.

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



Politicky exponovaná osoba (vyplniť v prípade, ak poistená osoba je PEO v zmysle § 6 zákona č. 297/2008 Z.z.)

Poistník prehlasuje, že si je vedomý, že cena uvedená v tejto poisťnej zmluve je kalkulovaná vrátane peňažného plnenia v zmysle §32 zákona č. 186/2009 Z. z. Cena je stanovená v zmysle zákona č. 18/1996 Z. z.

Pokiaľ je táto poisťná zmluva predmetom verejného obstarávania, poisťník týmto prehlasuje, že v rámci tohto zrealizovaného verejného obstarávania 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. Poisťník vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že v zmysle zákona č. 297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a ochrane pred financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov poisťnú zmluvu uzaviera vo vlastnom mene:

☒ Áno ☐ Nie, uzavretá v mene

Počet príloh

Poznámky

Meno	
Ulica	

Typ školy A - bezná škola, verzia 2 - klauz

POČET: 248 ŽIAKOV 1,10 a' 248 = 248, 20 EUR.

UM VOLNÉ

Rodné číslo

Podpis a pečiatka poistníka
(meno, priezvisko a funkcia
oprávnenej osoby)

Podpis a pečiatka poisteného subjektu,
(meno, priezvisko a funkcia
oprávnenej osoby)

Podpis oprávneného zástupcu
poistovateľa (odtlačok pečiatky)

Získateľské číslo
oprávneného zástupcu
poistovateľa 1

Priezvisko a meno / obchodné meno

			14	4	4	4
--	--	--	----	---	---	---

[illegible]

MA číslo spolupracovníka

Priezvisko a meno spolupracovníka

Teléfono

Získateľské číslo oprávneného zástupcu poisťovateľa 2

--	--	--	--

Informáciu potrebnú pre realizáciu platby prvého poistného dostanete od oprávneného zástupcu poisťovateľa.

Poistné uhrádzajte na účet v Tatra banke, a.s., číslo účtu: 2620006701/1100, IBAN: SK53 1100 0000 0026 2000 6701, BIC: TATRSKBX. Ako variabilný symbol uvádzajte číslo návrhu poistnej zmluvy alebo číslo poistnej zmluvy z potvrdenia o poistení (poistky).



F 3 R C 3 0 9 5 0 3 Y