

Číslo návrhu:



* 9 9 8 3 5 5 7 0 3 6 *

ID - kód
nevpisovať

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 Telefón

Priezvisko / obchodné meno Titul pred menom Titul za menom

Meno Súp.č. Or.č.

Ulica PSČ

Obec PSČ

E-mail Heslo

Kontaktná adresa

Priezvisko / obchodné meno

Meno Titul pred menom Titul 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 Titul pred menom Titul za menom

Meno Súp.č. Or.č.

Ulica PSČ

Obec PSČ

E-mail

@

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

Oprávnené osoby Po 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)

.

Spôsob platenia jednorazové bankovým prevodom v hotovosti

Prvé poistné poštovým peňažným poukazom inkasným dokladom číslo



F 3 R C 3 0 9 5 0 1 W

Úrazové poistenie podľa tarify 1UP

Okruh poistených osôb ¹⁾	Verzia poistného krytia ²⁾	Poistné/1 osoba	Počet poistených osôb ³⁾	Poistné v EUR
<input checked="" type="checkbox"/> všetci žiaci školy	3	2,40	3	7,20
	označte triedu/fakultu			
<input type="checkbox"/> všetci žiaci jednej triedy/fakulty				
<input type="checkbox"/> všetci žiaci tried/fakúlt	podľa zoznamu	podľa zoznamu	podľa zoznamu	
<input type="checkbox"/> žiaci podľa zoznamu	podľa zoznamu	podľa zoznamu	podľa zoznamu	
<input type="checkbox"/> zamestnanci podľa zoznamu	4	podľa zoznamu	podľa zoznamu	
Poistné spolu				7,20

¹⁾ označte jednu z možností

²⁾ vyplňte v súlade s ZD UP_školy

³⁾ podľa evidencie v deň uzavretia zmluvy

Vyhlasenie 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.

Spracovanie 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. 8/2008 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, udělili 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.

Vyhlasenie poistníka

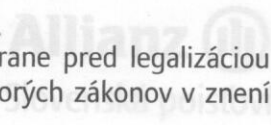
Ako poistník vyhlasujem a svojím podpisom potvrdzujem, že som bol oboznámený a zároveň som obdržal v písomnej forme údaje v zmysle ustanovenia § 792a zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov.

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
- elektronicky na e-mailovú adresu poistníka uvedenú v záhlaví 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.





Poistník 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 poistnú zmluvu uzaviera vo vlastnom mene:

Áno Nie, uzavretá v mene _____

Počet príloh	Poznámky
1	Príloha: Prázdné poistenie pre školy

Poskytovateľ: Allianz - Slovenská poisťovňa, a. s., Dostojevského rad 4, 815 74 Bratislava 1, IČO: 00 151 700, IČ DPH: 2020374002, zapísaná v obch. registri Okresného súdu Bratislava 1, odd.: Sa, vložka č. 196/B

Typ školy: A: bežná B: športová C: 24-hodinová

Kodné číslo / IČO: 20304948 Telefón: _____

Príjmenie / obchodné meno: PRER NIKOLAJEV

Meno: _____ Titul pred menom: _____ Titul za menom: _____

Príjmenie: PRER NIKOLAJEV Súp.č.: _____ Or.č.: 789

Meno: PRER NIKOLAJEV PSC: 90092

E-mail: _____ Heslo: _____

Kontaktná adresa: _____

Príjmenie / obchodné meno: _____

Meno: _____ Titul pred menom: _____ Titul za menom: _____

Príjmenie: _____ Súp.č.: _____ Or.č.: _____

Meno: _____ PSC: _____

Obec: _____

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

Typ školy: A: bežná B: športová C: 24-hodinová

Obchodné meno: HIATUS KE VYPLNENÉ

Meno: _____ Titul pred menom: _____ Titul za menom: _____

Príjmenie: _____ Súp.č.: _____ Or.č.: _____

Meno: _____ PSC: _____

Podpis poistníka (štat. zástupca, resp. ním poverená osoba)

Podpis poisteného subjektu, ak je iný než poistník (štat. zástupca, resp. ním poverená osoba)

Podpis oprávneného zástupcu poisťovateľa (odtlačok pečiatky)

Získateľské číslo oprávneného zástupcu poisťovateľa 1

Príjmenie a meno / obchodné meno: PRER NIKOLAJEV

Príjmenie a meno spolupracovníka: PRER NIKOLAJEV

Telefón: 0905 447 250

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: TATRKBX. Ako variabilný symbol uvádzajte číslo návrhu poistnej zmluvy alebo číslo poistnej zmluvy z potvrdenia o poistení (poistky).

