

Číslo návrhu:



\* 9 9 8 3 5 5 6 1 9 1 \*

ID - kód  
nevpisovať

### Skupinové úrazové poistenie pre školy

**Poistovateľ** 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

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

Rodné číslo/ IČO  Telefón

Priezvisko / obchodné meno

Meno  Titul pred menom  Titul za menom

Ulica  Súp.č.  Or.č.

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 poistníka)

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

Rodné číslo/ IČO  Telefón

Obchodné meno

Meno  Titul pred menom  Titul 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 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

**Prvé poistné**  poštovým peňažným poukazom  bankovým prevodom  v hotovosti

Inkasný doklad číslo



F 3 R C 3 0 9 5 0 1 W

## Úrazové poistenie podľa tarify 1UP

Okruh poistených osôb<sup>1)</sup>Verzia poistného krytia<sup>2)</sup>

Poistné/1 osoba

Počet poistených osôb<sup>3)</sup>

Poistné v EUR

<input checked="" type="checkbox"/> všetci žiaci školy	3	2,40	221	530,40
<input type="checkbox"/> všetci žiaci jednej triedy/fakulty	označte triedu/fakultu			
<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	
			<b>Poistné spolu</b>	530,40

<sup>1)</sup> označte jednu z možností<sup>2)</sup> vyplňte v súlade s ZD UP\_školy<sup>3)</sup> 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, poistník 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.

**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.

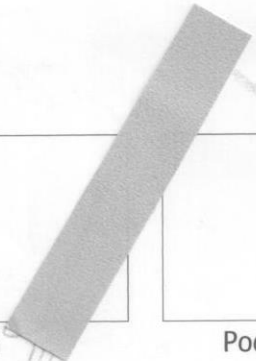


F 3 R C 3 0 9 5 0 2 X

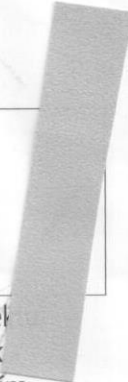
Poistník vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že v zmysle zákona č. 297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a ochrane pred financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov poistnú zmluvu uzaviera vo vlastnom mene:

Áno  Nie, uzavretá v mene

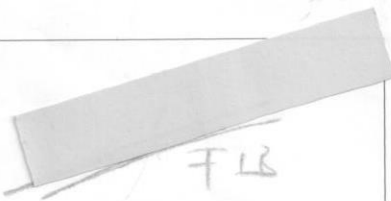
Počet príloh	Poznámky



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  
poistovateľa (odtlačok pečiatky)

Získateľské číslo  
oprávneného zástupcu  
poistovateľa 1

00047953

MA číslo spolupracovníka

Telefón

0905447250

Priezvisko a meno / obchodné meno

FIB, spol. s r.o.

Priezvisko a meno spolupracovníka

Získateľské číslo oprávneného zástupcu poistovateľa 2

/

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

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).

