

Číslo návrhopoistky:



VS: 9983552358

25

Allianz
Slovenská poisťovňa

Skupinové úrazové poistenie pre školy

Poisťovateľ: Allianz – Slovenská poisťovňa, a.s., Dostojevského rad 4, 815 74 Bratislava, IČO: 00 151 700,
IČ DPH: SK2020374862, zapísaná v obch. registri Okresného súdu Bratislava 1, odd.: Sa vložka č. 196/B

Poistník Rodné číslo/IČO: Typ školy: A: bežná B: športová C: 24-hodinová
 Príezvisko, meno, titul /
 obchodné meno
 Adresa trvalého bydliska poistníka /
 sídlo (ulica, číslo, obec, PSČ)
 Telefón E-mail

Poistený subjekt (škola) IČO: Typ školy: A: bežná B: športová C: 24-hodinová
 (vyplní sa iba ak je iný než poistník)
 Názov
 Adresa
 (ulica, číslo, obec, PSČ)
 Telefón 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 zmluvy

. .

Začiatok poistenia (najsôr nasledujúci deň po dni uzavretia zmluvy)

. .

Koniec poistenia (najbližšie nasledujúceho školského roka po dni uzavretia zmluvy)

. .

Spôsob platenia

Prvé poistné

jednorazové poštovým peňažným poukazom bankovým prevodom v hotovosti
 Inkasný doklad číslo

Úrazové poistenie podľa tarify 1UP

Okruh poistených osôb ¹⁾	Verzia poistného krytia ²⁾	Poistné/1 osoba ²⁾	Počet poistených osôb ³⁾	Poistné v EUR
<input checked="" type="checkbox"/> všetci žiaci školy	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="2"/> . <input type="text" value="40"/>	<input type="text" value="101"/>	<input type="text" value="242"/> . <input type="text" value="40"/>
<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 type="checkbox"/> žiaci podľa zoznamu	podľa zoznamu	podľa zoznamu	podľa zoznamu	<input type="text"/> , <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> zamestnanci podľa zoznamu	<input type="text" value="4"/>	podľa zoznamu	podľa zoznamu	<input type="text"/> , <input type="text"/>
Poistné spolu				<input type="text" value="242"/> . <input type="text" value="40"/>

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 a že som prevzal Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie - A (VPP U-A) schválené dňa 22.02.2010 a Zmluvné dojednania pre skupinové úrazové poistenie pre školy schválené dňa 15.08.2012 (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:

Ako poistník/poistený subjekt vyhlasujem, že som bol 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 týmto čestne vyhlasuje, že dotknuté osoby, poistené touto zmluvou, resp. ich zákonný zástupca, boli oboznámené a zobrali na vedomie, že ich osobné údaje poskytnuté k tejto poistnej zmluve sú poisťovateľovi povinné poskytnúť v zmysle zákona č. 8/2008 Z. z. o poisťovníctve a že tieto údaje budú spracúvané v informačnom systéme poisťovateľa. Zároveň boli oboznámené a zobrali na vedomie, že poisťovateľ je oprávnený získať ich osobné údaje kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním na nosič informácií.

Poistník/poistený subjekt ďalej čestne vyhlasuje a je povinný preukázať, že dotknuté osoby, resp. ich zákonný zástupca udelili, v zmysle § 11 zákona o ochrane osobných údajov, poisťovateľovi súhlas:

- s poskytnutím osobných údajov tretím osobám v súvislosti so správou poistenia, likvidáciou poistných udalostí, s vymáhaním pohľadávok a zaistovníam na účely zaistenia,
- s cezhraničným prenosom osobných údajov, vykonávaným na účely správy poistenia a na účely likvidácie poistných udalostí, do krajín, ktoré zaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov ako aj do krajín, ktoré nezaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov.

Tento súhlas sa udeľuje na dobu do vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy a počas tejto doby nie je možné ho účinne odvolať. Práva dotknutej osoby pri spracúvaní osobných údajov sú upravené v § 28 zákona o ochrane osobných údajov.

V zmysle zákona o ochrane osobných údajov Allianz - Slovenská poisťovňa, a. s. oznamuje, že spoločnosť Tatra Billing, s.r.o., Ivánska cesta 2/C, 821 04 Bratislava, IČO: 35 810 572 je oprávnená spracúvať tlačové výstupy s osobnými údajmi pre styk s klientmi.

V prípade, že má poisťovateľ podľa zákona o ochrane osobných údajov oznamovaciu povinnosť voči dotknutým osobám, táto povinnosť môže byť splnená aj tak, že sa daný oznam zverejní na internetovej stránke poisťovateľa.

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.

Vyhlasenie poistníka 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.

Poistník týmto vyhlasuje, že poistnú zmluvu uzavrel vo vlastnom mene: Áno Nie

Ak nie, poistnú zmluvu uzavrel v mene (meno, priezvisko/obchodné meno - názov, rodné číslo/IČO, trvalé bydlisko/sídlo):

.....
Ak dôjde pri vyplňaní zmluvy k oprave, platné údaje musia byť potvrdené podpisom poistníka.
Táto zmluva je vyhotovená v troch rovnopisoch, jeden pre poisťovateľa, jeden pre poistníka a jeden pre sprostredkovateľa poistenia.

Milan Badenský, starosta obce Zlatá Moravica, Bratislava
Meno, priezvisko a podpis poistníka (štát. zástupca, resp. ním poverená osoba)

Meno, priezvisko a podpis poisteného subjektu, ak je iný než poistník (štát. zástupca, resp. ním poverená osoba)

F.I.B.
Podpis sprostredkovateľa poistenia (odtlačok pečiatky)

Ziskateľské číslo sprostredkovateľa poistenia 1	Priezvisko a meno sprostredkovateľa poistenia 1	Telefón sprostredkovateľa poistenia 1	Ziskateľské číslo sprostredkovateľa poistenia 2
00047953	F.I.B., spol. s r.o.	0905447250	—

Prílohy:

Informáciu potrebnú pre realizáciu platby prvého poistného dostanete od sprostredkovateľa poistenia. Pri ďalších platbách poistného uvádzajte ako variabilný symbol číslo poistnej zmluvy. Poistné uhrádzajte na účet poisťovateľa podľa nižšie uvedených platobných inštrukcií: IBAN: SK53 1100 0000 0026 2000 6701

Číslo účtu : 2620006701/1100
BIC: TATRSKBX K/S: 3558
Banka: Tatra banka, a. s.

