



Číslo návrhu:

9881104192

ID - kód
nevpisovaĚ

Skupinové úrazové poistenie pre školy

Poistovateľ

Allianz - Slovenská poisťovňa, a.s., Pribinova 19, 811 09 Bratislava, IČO: 00 151 700, zapísaná v Obchodnom registri vedenom Mestským súdom Bratislava III, Oddiel: Sa, Vložka č. 196/B

PoistníkRodné číslo/ IČO Telefón Priezvisko / obchodné meno Meno Titul pred menom Titul za menom **Adresa trvalého pobytu / sídla poistníka / miesta podnikania (ak ide o podnikajúcu FO)**Ulica Súp.č. Or.č. Obec PSČ E-mail @ **Zastúpený oprávnenou osobou**Priezvisko Titul pred menom Titul za menom Meno Priezvisko Titul pred menom Titul za menom Meno **Kontaktná adresa**Priezvisko / obchodné meno Meno Titul pred menom Titul za menom Ulica Súp.č. Or.č. Obec PSČ **Poistený subjekt (škola)**Typ školy: A: bežná B: športová C: 24-hodinováIČO Telefón Obchodné meno Ulica Súp.č. Or.č. Obec PSČ E-mail @ **Zastúpený oprávnenou osobou**Priezvisko Titul pred menom Titul za menom Meno Priezvisko Titul pred menom Titul za menom Meno **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 v zmysle § 817 ods. 2 a 3 Občianskeho zákonníka

Deň uzavretia poistnej zmluvy . . **Začiatok poistenia** (najskôr nasledujúci deň po dni uzavretia zmluvy) . . **Koniec poistenia** (najbližšie nasledujúceho školského roka po dni uzavretia zmluvy) . . 

A 3 R C 3 2 0 5 0 1 K

Poistné: jednorazové

Spôsob platenia: bankovým prevodom

Úrazové poistenie podľa tarify 1UP

Okruh poistených osôb	Verzia poistného krytia ¹⁾	Poistné s daňou ³⁾ / 1 osoba	Počet poistených osôb ²⁾	Poistné s daňou v EUR ³⁾
<input type="checkbox"/> všetci žiaci školy	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> všetci žiaci tried/fakúlt	<input type="checkbox"/>			
označte poistené triedy/fakulty				
<input type="checkbox"/> žiaci podľa zoznamu	<input type="checkbox"/>			
<input checked="" type="checkbox"/> zamestnanci podľa zoznamu	<input type="checkbox"/>	3	4,40	48
Poistné + Daň z poistenia³⁾:		195,56 +	15,64	Poistné spolu s daňou³⁾ 211,20

¹⁾ vyplňte v súlade s ZD UP_školy²⁾ podľa evidencie v deň uzavretia zmluvy – platí len pre všetkých žiakov školy alebo všetkých žiakov triedy/fakulty³⁾ Daň z poistenia je vypočítaná vo výške 8 % v zmysle zákona č. 213/2018 Z. z. o dani z poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Skupinové úrazové poistenie pre školy dojednané touto poistnou zmluvou sa riadi Všeobecnými poistnými podmienkami pre úrazové poistenie - A (VPP U-A) schválenými 01. 08. 2023 a Zmluvnými dojednaniami pre skupinové úrazové poistenie pre školy schválenými dňa 01. 08. 2023 (ZD UP_školy).

Vyhlásenie poistníka k spracúvaniu osobných údajov:

Vyhlasujem, že mi boli poskytnuté informácie vyplývajúce z platných právnych predpisov upravujúcich ochranu osobných údajov. Uvedené informácie sú uvedené aj na webovom sídle poisťovateľa. Beriem na vedomie, že mám právo požiadať poisťovateľa o poskytnutie týchto informácií v úplnom znení v tlačenej podobe.

Pre prípad, že som uviedol osobné údaje inej osoby zároveň potvrdzujem, že táto osoba mi udelila predchádzajúci písomný súhlas so spracúvaním svojich osobných údajov poisťovateľom na účely podľa platného zákona o poisťovníctve a som si vedomý toho, že som povinný preukázať poisťovateľovi kedykoľvek na jeho žiadosť, že disponujem uvedeným písomným súhlasom tejto osoby.

Vyhlásenie poistníka

Vyhlasujem, že všetky odpovede na písomné otázky poisťovateľa týkajúce sa poistenia sú pravdivé a úplné.

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.

Vyhlasujem, že som bol pred uzavretím poistnej zmluvy oboznámený s obsahom Všeobecných poistných podmienok pre úrazové poistenie - A (VPP U-A) schválených dňa 01. 08. 2023 a Zmluvných dojednaní pre skupinové úrazové poistenie pre školy schválených dňa 01. 08. 2023 (ZD UP_školy), ktoré sa vzťahujú na túto poistnú zmluvu a tvoria jej neoddeliteľnú súčasť. Súhlasím s tým, aby mi 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.allianz.sk vo formáte pdf, s možnosťou jeho následného stiahnutia alebo tlače.
- elektronicky na nasledovnú e - mailovú adresu poistníka

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

Vyhlasujem, že som si vedomý, že poistné v tejto poistnej zmluve je kalkulované vrátane peňažného plnenia v zmysle § 32 zákona č. 186/2009 Z. z. o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Peňažné plnenie je stanovené v zmysle Zákona NR SR č. 18/1996 Z. z. o cenách v znení neskorších predpisov.



A 3 R C 3 2 0 5 0 2 L

Pokiaľ je táto poisťná zmluva predmetom verejného obstarávania, vyhlasujem, že v rámci tohto zrealizovaného verejného obstarávania som 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.

Počet príloh

Poznámky

viktorija.bobkova.gaborova@os.allianz.sk

Podpis oprávnenej osoby poistníka

Podpis oprávnenej osoby poisteného subjektu, ak je iný ako poistník

Podpis oprávneného zástupcu poisťovateľa (odtlačok pečiatky)

Získateľské číslo
oprávneného zástupcu
poisťovateľa 1

00071543

Priezvisko a meno / obchodné meno

Ing. Viktória Bobková Gáborová

MA číslo spolupracovníka

Priezvisko a meno spolupracovníka

Telefón

+421908630829

Získateľské číslo oprávneného zástupcu poisťovateľa 2

00075754

 /

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



A 3 R C 3 2 0 5 0 3 M

Allianz – Slovenská poisťovňa, a. s.

Vec: Príkaz k úhrade prvého poistného k poistnej zmluve č.:

Vážený klient,

ďakujeme Vám za dôveru, ktorú ste nám preukázali uzavretím skupinového úrazového poistenia pre školy v našej spoločnosti Allianz – Slovenská poisťovňa, a. s., ktorá je lídrom na slovenskom poistnom trhu a je zárukou finančnej sily, profesionality a tradície.

Dovoľujeme si Vás požiadať, aby ste návrh poistenia, ktorý ste práve dostali, starostlivo uschovali, keďže podpisom oboch zmluvných strán sa stáva poistnou zmluvou. V návrhu poistnej zmluvy nájdete údaje finančného agenta, ktorý je kontaktnou osobou pri riešení Vašich požiadaviek týkajúcich sa uzavretého poistenia.

K úhrade prvého poistného prosím použite nasledovnú platobnú inštrukciu:

Banka: Tatra banka, a. s.
 IBAN: SK17 1100 0000 0026 2600 6702
 Variabilný symbol:
 Poistné: EUR

Poistné môžete taktiež uhradiť vo Vašej banke na jeden z uvedených účtov:

VUB SK23 0200 0000 0012 7208 9058
 SLSP SK53 0900 0000 0006 3196 8405
 UniCredit SK66 1111 0000 0066 1777 3000
 CSOB SK52 7500 0000 0002 5509 6403

Ďakujeme za prejavenu dôveru.

S pozdravom

Allianz – Slovenská poisťovňa, a. s.

----- ✂ -----
Príkaz k úhrade

Banke		Pobočke		Dátum splatnosti		
Bankové spojenie						
IBAN – číslo účtu platiteľa	BIC – kód banky platiteľa					
IBAN – číslo účtu príjemcu	BIC – kód banky príjemcu	Mena	Symbol			
		Čiastka EUR	Variabilný	Konštantný	Špecifický	
Doplnujúce údaje banky		Údaje pre vnútornú potrebu príkazcu				

V

dňa

pečiatka a podpis