

Číslo návrhu:

ID - kód
nevpisovať



* 9 9 8 3 5 5 7 1 3 8 *

Allianz
Slovenská poisťovňa

POISTENIE PRE PRÍJMU RODIČOV Z VÝDÍ ŽIAKOV

NFZ: 9983554142

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 6052256671 Telefón 0155270254

Priezvisko / obchodné meno KOPRIVÁ

Meno MARIÁ Titul pred menom Titul za menom

Ulica M. R. ŠTEFANÍKA Súp.č. 1676 Or.č. 14

Obec PÍDLEN PSČ 76001

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 37897004 Telefón 0155370254

Obchodné meno MATEŘSKÁ ŠKOLA

Meno Titul pred menom Titul za menom

Ulica NOVÁ Súp.č. 2912 Or.č. 2

Obec LIESKOVEC PSČ 96221

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

13. 10. 2015

Spôsob platenia jednorazové

Prvé poistné

poštovým
peňažným
poukazom

☒

bankovým
prevodom

☒

v hotovosti

Inkasný doklad číslo

333

Začiatok poistenia (najsôr nasledujúci deň po dni uzavretia zmluvy)

15. 10. 2015

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

15. 10. 2016



F3RC309501W

TL. č. 3095/2m - III./2015
strana 1 z 3

Úra
Okr



1) o
2) v
3) p

Vyh
Vyh
úra:
škol
ako
Zár
a v

Spr
Pois
zazi
o pr
vyh
osol
osol
ozn
pov
spr
Pois
roz
uda
závi
zml
pre
Pois
dotl

Vyh
Ako
form

Pois
pois

Pois
pod



Úrazové poistenie podľa tarify 1UP

Okruh poistených osôb¹⁾Verzia poistného krytia²⁾

Poistné/1 osoba

Počet poistených osôb³⁾

Poistné v EUR

☒ všetci žiaci školy

3

1, 90

42

79, 80

označte triedu/
fakultu☐ všetci žiaci jednej
triedy/fakulty☐ všetci žiaci tried/fakúlt

podľa zoznamu

podľa zoznamu

podľa zoznamu

☐ žiaci podľa zoznamu

podľa zoznamu

podľa zoznamu

podľa zoznamu

☐ zamestnanci podľa zoznamu

4

podľa zoznamu

podľa zoznamu

Poistné spolu

79, 80

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.

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 zaisteniam 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 poisťník 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.



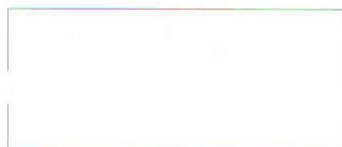
F 3 R C 3 0 9 5 0 2 X

9983557138

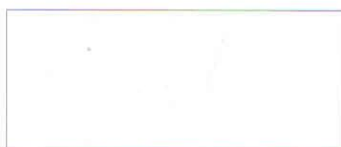
Poistník vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že v zmysle zákona č. 297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a ochrane pred financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov poistnú zmluvu uzaviera vo vlastnom mene:

☒ 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

55913

MA číslo spolupracovníka

200043

Telefón

091565711

Priezvisko a meno / obchodné meno

SOPHISTICATED FINANCE

Priezvisko a meno spolupracovníka

VASILKO RADVAN

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: TATRKBX. 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