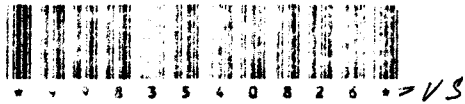


Číslo návrhopoistky:



342/2011

**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

Priezvisko, 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:

**Poistený** Poistenou 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 (najskôr 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:

EUR/SKK    Pokiaľ nie je uvedená mena, poistné a iné hodnoty sú uvedené v mene Slovenskej republiky platnej ku dňu uzavretia tejto zmluvy.

**Úrazové poistenie podľa tarify 1UP**

Okruh poistených osôb <sup>1)</sup>	Vzrázla poistného krytia <sup>2)</sup>	Poistné/1 osoba <sup>3)</sup>	Počet poistených <sup>3)</sup>	Poistné
<input checked="" type="checkbox"/> všetci žiaci školy	označte triedu/fakultu <input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2,10"/>	<input type="text" value="48"/>	<input type="text" value="119,00"/>
<input type="checkbox"/> všetci žiaci jednej triedy/fakulty	<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="checkbox"/> žiaci podľa zoznamu	podľa zoznamu	podľa zoznamu	podľa zoznamu	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> zamestnanci podľa zoznamu	<input type="text" value="4"/>	podľa zoznamu	podľa zoznamu	<input type="text"/>
				<b>Poistné spolu</b> <input type="text" value="119,00"/>

1) označte jednu z možností 2) vyplňte v súlade s ZD UP\_školy 3) podľa evidencie v deň uzavretia zmluvy

**Vyhlasenie poistnika a poisteného subjektu:**

Vyhlasujem, že som bol pred uzavretím poisťnej zmluvy oboznámený s jej obsahom a že som prevzal Všeobecné poisťné podmienky pre úrazové poistenie - A (VPP U-A) a Zmluvné dojednania pre skupinové úrazové poistenie pre školy (ZD UP\_školy), ktoré sa vzťahujú na túto poisťnú zmluvu a tvoria jej neoddeliteľnú súčasť ako jej prílohy. Vyhlasujem, že všetky odpovede na písomné otázky poisťovateľa týkajúce sa poistenia sú pravdivé a úplné. Ako poistník/poistený subjekt vyhlasujem, že som bol oboznámený so všetkými skutočnosťami vyplývajúcimi z § 10 ods. 1 zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov.

**Vyjadrenie poistníka a poisteného subjektu:**

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 poisťnej 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 poisťovateľovi súhlas:

- a) s poskytnutím osobných údajov tretím osobám v súvislosti so správou poistenia, likvidáciou poisťných udalostí, s vymáhaním pohľadávok a zaistovniam na účely zaistenia,
- b) s cezhraničným prenosom osobných údajov, vykonávaným na účely správy poistenia a na účely likvidácie poisťných udalostí, do krajín, ktoré zaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov ako aj do krajín, ktoré nezaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov na dobu do vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poisťnej zmluvy.

Tento súhlas je možné odvolať s tým, že jeho účinky nastanú okamihom vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poisťnej zmluvy, pričom povinnosti vyplývajúce z osobitných právnych predpisov tým nie sú dotknuté.

V zmysle zákona č. 428/2002 Z. z. Allianz - Slovenská poisťovňa, a. s. oznamuje, že spracúvaním tlačových výstupov s osobnými údajmi pre styk s klientmi poverila Siemens IT Solutions and Services, s. r. o., Einsteinova 11, 851 01 Bratislava.

**Vyhlasenie poistníka**

Ako poistník vyhlasujem a svojim 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. 367/2000 Z. z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti.

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

Ak nie, poisťnú 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. Ak kolónka nie je vyplná, platí, že nie je dojednané. Táto zmluva je vyhotovená v troch rovnopisoch, jeden pre poisťovateľa, jeden pre poistníka a jeden pre sprostredkovateľa poistenia.

Tl. č. 3057/2m - 7/2008



*[Handwritten signature]*

Meno, priezvisko a podpis poistníka  
(štat. zástupca, resp. nim poverená osoba)

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

Allianz - Slovenská poisťovňa, a. s.  
pobočka: Námestie Matice slovenskej 21  
986 00 Žiar nad Hronom  
Ing. Ľudmila Dubeňová / 13988  
Pátrovská 1534/ 7  
969 01 Banská Štiavnica  
tel./fax: 045/ 692 2940 mobil: 0905 332 633

Podpis sprostredkovateľa poistenia  
(odtlačok pečiatky)

Ziskateľské číslo sprostredkovateľa poistenia 1  
**Ing. Ľudmila DUBEŇOVÁ** 13988

Priezvisko a meno sprostredkovateľa poistenia 1  
[ ]

Telefón sprostredkovateľa poistenia 1  
0905 332 633

Ziskateľské číslo sprostredkovateľa poistenia 2  
[ ]

Počet príloh: VPP U-A+ZD UP\_školy + .....

\*Konverzný kurz 1 EUR = 30,1260 SKK

Informáciu potrebnú na realizáciu platby prvého poisťného dostanete od sprostredkovateľa poistenia. Pri ďalších platbách poisťného uvádzajte ako variabilný symbol číslo poisťnej zmluvy. Poisťné uhrádzajte na účet poisťného v Tatra banke, a. s., číslo účtu 2620006701/1100.