

MOS - SARAJEVO

Číslo návrhopoistky:



* 9 9 8 3 5 5 0 4 5 4 *

Skupinové úrazové poistenie pre školy

Poistovateľ: 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: 31810497 Typ školy: X A: bežná B: športová C: 24-hodinová
Priezvisko, meno, titul / obchodné meno ZAKLADNÁ ŠKOLA S MATERSKOU ŠKOLOU
Adresa trvalého bydliska poistníka / sídlo (ulica, číslo, obec, PSČ) HUBENEHO 25, 8153 BRATISLAVA
Telefón E-mail

Poistený subjekt (škola) IČO: Typ školy: A: bežná B: športová C: 24-hodinová
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 29.09.2014 Začiatok poistenia (najsprávnejší nasledujúci deň po dni uzavretia zmluvy) 12.10.2014 Koniec poistenia (najbližšie nasledujúceho školského roka po dni uzavretia zmluvy) 15.10.2015

Spôsob platenia Prvé poistné jednorazové X 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.

Table with 5 columns: Okruh poistených osôb, Verzia poistného krytia, Poistné/1 osoba, Počet poistených, Poistné. Includes rows for 'všetci žiaci školy' and 'zamestnanci podľa zoznamu'.

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 poistnej zmluvy oboznámený s jej obsahom a že som prevzal Všeobecné poistné 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 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. 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. 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.

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 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 § 7 zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov, poisťovateľovi súhlas:

- a) s poskytnutím osobných údajov tretím osobám v súvislosti so správou poistenia, likvidáciou poistných udalostí, s vymáhaním pohľadávok a zaistovníam na účely zaistenia,
- b) 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 na dobu do vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy.

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

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



SAROR, s. r. o.
Člen skupiny Respect Slovakia, s. r. o.
Strojárska 23, 63 06 Bratislava
IČO: 35 691 042, DIČ: 2062310127

TI. č. 3057/1m - III./2013



Mgr. TATIANA KIZIVATOVA
Meno, priezvisko a podpis poistníka
(štát. zástupca, resp. ním poverená osoba)

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

[Signature]
Podpis sprostredkovateľa poistenia
(odtlačok pečiatky)

Získateľské číslo sprostredkovateľa poistenia 1 <u>903P</u>	Priezvisko a meno sprostredkovateľa poistenia 1 <u>SAROR, člen skup. RESPECT SLOVAKIA</u>	Telefón sprostredkovateľa poistenia 1 <u>0903283314</u>	Získateľské číslo sprostredkovateľa poistenia 2
--	--	--	---

Počet príloh: VPP U-A+ZD UP_školy + DODATOK č. 1

*Konverzný kurz 1 EUR = 30,1260 SKK

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

INT-02N-č. 14/2014 - 30% zlova (dojednania) bráder veľí ziaťor-č. 9983415729)