

č. 44/2012

Číslo návrhpoistky:



Stredná odborná škola  
obchodu a služieb Piestany

Ev.č.záz.: 1455 Čapís: MO  
Došlo dňa: 26.9.2012 Reg.číslo: LP1

výpavujú: [Signature]

Allianz (li) 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: 00654302 Typ školy:  A: bežná  B: športová  C: 24-hodinová

Priezvisko, meno, titul / obchodné meno: ŠTŘEJDA ODDORNA ŠKOLA OBEHOVY A SLUZY

Adresa trvalého bydliska poistníka / sídlo (ulica, číslo, obec, PSČ): MOJMIROVA 99/28 921 01 PIESTANY

Telefón: 0334426491 E-mail:

**Poistený subjekt (škola)** IČO: 00654302 Typ školy:  A: bežná  B: športová  C: 24-hodinová

(vyplní sa iba ak je iný než poistník)

Názov: ŠTŘEJDA ODDORNA ŠKOLA OBEHOVY A SLUZY

Adresa (ulica, číslo, obec, PSČ): MOJMIROVA 99/28 921 01 PIESTANY

Telefón: 0334426491 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** 14.09.2012

**Začiatok poistenia** (najskôr nasledujúci deň po dni uzavretia zmluvy) 01.10.2012

**Koniec poistenia** (najbližšie nasledujúceho školského roka po dni uzavretia zmluvy) 15.10.2013

**Spôsob platenia**

Prvé poistné

jednorazové  poštovým peňažným poukazom  bankovým prevodom  v hotovosti

Inkasný doklad číslo

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

Okruh poistených osôb <sup>1)</sup>	Verzia 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 3	2,23	519	1144,06
<input type="checkbox"/> všetci žiaci jednej triedy/fakulty				
<input type="checkbox"/> všetci žiaci tried/fakúlt	podľa zoznamu	podľa zoznamu	podľa zoznamu	
<input type="checkbox"/> žiaci podľa zoznamu	podľa zoznamu	podľa zoznamu	podľa zoznamu	
<input type="checkbox"/> zamestnanci podľa zoznamu	4	podľa zoznamu	podľa zoznamu	
				<b>Poistné spolu</b>

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 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.

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

**NAVROVANÁ FINANČNÁ OPERÁCIA  
JE V SÚLADE S ROZPOČTOM**

**Stretná oddelenia škola  
obchodu a služieb**  
Mojmírova ul. 99/28  
921 01 Piešťany  
- 3 -

**Allianz - Slovenská poisťovňa, a.s.**  
Pobočka: Paulínska 17  
917 47 Trnava  
Emil Ciglan / 39528  
Adama Trajana 14, 921 01 Piešťany  
Tel.: 033 / 77 41 936  
mobil: 0905 897 493

TI. č. 3057/4m - IV./2008



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

Ing. Anna Zalesová

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

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
Emil Ciglan	39528		

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

\*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.