

Generali Slovensko poisťovňa, a.s., Plynárenská 7/C, 824 79 Bratislava, Slovenská republika, IČO 35 709 332, DIČ 2021000487, IČ DPH: SK2021000487, www.generali.sk, zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č.: 1325/B. Spoločnosť patrí do skupiny Generali, ktorá je uvedená v Talianskom zozname skupín poisťovní vedenom ISVAP pod č. 26 (ďalej len "poisťovateľ"). Poisťovateľ uzatvára s poisťníkom poisťnú zmluvu číslo:

9200951983
A. POISTNÍK

Názov školy / Názov organizácie

IČO

O B E C T U R N A N A D B O D V O U

0 0 6 9 1 3 1 3

Ulica

Číslo

4 1 1

PSČ

0 4 4 0 2

Obec

T U R N A N A D B O D V O U

Telefón/ Mobilný telefón

/

Priezvisko, meno a titul osoby oprávnenej konať za poisťníka v mene školy

M O L N Á R P A V O L

Pracovná pozícia

S T A R O S T A

Ulica trvalého bydliska

Číslo

PSČ

0 4 4 0 2

Obec

T U R N A N A D B O D V O U

Telefón/ Mobilný telefón

/

B. ÚDAJE O ŠKOLE (potrebné vyplniť len v prípade, ak škola nemá právnu subjektivitu)

Názov školy / Názov organizácie

IČO

P R Á K L A D N Á Š K O L A - U Y U C . J A Z , S L O V E N S K Ý

Ulica

Číslo

PSČ

0 4 4 0 2

Obec

T U R N A N A D B O D V O U

Telefón/ Mobilný telefón

/

C. POISTENÉ OSOBY: žiaci a zamestnanci školy sú menovite uvedení v zozname, ktorý je neoddeliteľnou súčasťou poisťnej zmluvy.

Počet žiakov

3 7 0

Počet poistených zamestnancov školy

D. OPRÁVNENÉ OSOBY

V prípade smrti: osoby podľa § 817 Občianskeho zákonníka

V prípade trvalých následkov, denného odškodného za dobu nevyhnutného liečenia, dennej dávky pri hospitalizácii a zlomenín kostí: poistená osoba, resp. zákonný zástupca poistenej osoby

E. ÚDAJE O SKUPINOVOM ÚRAZOVOM POISTENÍ

Začiatok poistenia (ddmmrrrr)

0 1 0 9 2 0 1 1

Kód produktu

S K O M

Poistná doba: 1 rok s automatickou prolongáciou

Skupina 1: Zamestnanci

Smrť následkom úrazu	
Trvalé následky - progresívne plnenie	
Trvalé následky - lineárne plnenie	
Denné odškodné za dobu nevyhnutného liečenia úrazu od 8. dňa	
Denná dávka pri hospitalizácii	
Ročné poistné za 1 osobu spolu	
Ročné poistné za skupinu	

Poistná suma (EUR)	Poistné za 1 osobu (EUR)

Pri ručnom vyplňovaní používajte veľké písmená. Tlačivo vyplňte čitateľne čiernym alebo modrým perom podľa predpísaného vzoru písma. Rukou písaný text nesmie v žiadnom prípade presahovať predtlačný rámk.

Označenie výberu



A A Ā B C Č D Ď E Ě F G H I Í J K L Ĺ Ľ M N Ń O Ó Ő Œ P Q R Ŕ Š Š T ť U Ú Ů V W X Y Ý Z Ž 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Skupina 2: Žiaci

Žiaci sú zaradení do rizikovej skupiny 1 (1, 2, 3, 4, 5)

Poistná suma (EUR)

Poistné za 1 osobu (EUR)

Smrť následkom úrazu

700,00

0,00

Trvalé následky - progresívne plnenie

Trvalé následky - lineárne plnenie

2200,00

0,33

Denné odškodné za dobu nevyhnutného liečenia úrazu od 8. dňa

2,00

1,60

Denná dávka pri hospitalizácii

Ročné poistné za 1 osobu spolu

1,00

Ročné poistné za skupinu

620,00

Celkové ročné poistné za skupinu 1 a skupinu 2 (EUR)

620,00

V úrazovom poistení detí do 18 rokov je zadarmo zahrnuté aj poistenie úplných zlomenín. Poistné plnenie za zlomeniny sa deťom vypláca vo výške 40 EUR za úplné zlomeniny dlhých kostí, kostí lebečných a panvy a vo výške 20 EUR za ostatné zlomeniny. Maximálne poistné plnenie je 60 EUR na jednu poistnú udalosť.

F. PLATENIE POISTNÉHO

Frekvencia platenia poistného ročne polročne

Celkové poistné za poistné obdobie (EUR)

620,00

Celkové bežné poistné v EUR za prvé poistné obdobie bolo zaplatené

 poštovou poukážkou prevodom z účtu pracovníkovi poverenému uzatvorením poistenia na inkasný blok č.

Za ďalšie poistné obdobia bude poistník platiť

 poštovou poukážkou prevodom z účtu č.:

Kód banky

na účet Generali Slovensko poisťovne, a. s., číslo 0048134112/0200, variabilný symbol = číslo poistnej zmluvy

Číslo bankového účtu uveďte aj v prípade platby poštovou poukážkou.

G. VYHLÁSENIE POISTNÍKA / OSOBY OPRÁVNENEJ KONAŤ V MENE POISTNÍKA:

Svojim podpisom potvrdzujem, že som zodpovedal pravdivo, úplne a podľa svojho najlepšieho vedomia všetky zadané otázky a údaje. Potvrdzujem, že mi boli oznámené a obdržal som Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie Školák, ako aj informácie podľa § 792a Občianskeho zákonníka.

Vyhlasujem, že osobné údaje a údaje o zdravotnom stave poistených osôb poskytujem prevádzkovateľovi Generali Slovensko poisťovňa, a. s., jeho zmluvnými partnermi, najmä spoločnosťami Slovenská pošta, a. s. a VÚB, a. s., Slovenská kancelária poisťovateľov, Slovenská asociácia poisťovní, ďalej subjektami poskytujúcimi pre prevádzkovateľa asistenčné služby a ostatnými zmluvnými partnermi prevádzkovateľa na účely vykonávania poisťovacej činnosti a ďalších činností vymedzených zákonom č. 8/2008 Z.z. o poisťovníctve vrátane sprístupnenia osobných údajov, údajov o mojom zdravotnom stave a skončení pracovného pomeru tretím osobám v súvislosti so správou poistenia, likvidáciou poistných udalostí, poskytovaním asistenčných služieb a zaisťovacím spoločnostiam na výkon zaisťovacej činnosti, a to i mimo územia Slovenskej republiky za podmienok podľa § 23 zákona č. 428/2002 Z.z., a na vykonávanie marketingovej činnosti priamo prevádzkovateľom Generali Slovensko poisťovňa, a. s. a jej zmluvnými partnermi v súvislosti s poisťovacou činnosťou, a to po dobu nevyhnutne potrebnú na zabezpečenie práv a povinností vyplývajúcich z tohto zmluvného vzťahu, a ďalej po dobu vyplývajúcu zo všeobecne záväzných právnych predpisov.

Vyhlasujem, že poistené osoby splnomocnili poisťovateľa, aby v ich mene nadviazal kontakt s lekármi a zdravotníckymi zariadeniami a vyžiadal si od nich potrebné informácie, týkajúce sa tohto právneho vzťahu, bez obsahového obmedzenia.

Svojim podpisom potvrdzujem, že som bol v súlade so zákonom o ochrane osobných údajov poučený o svojich právach a o povinnostiach prevádzkovateľa Generali Slovensko poisťovňa, a. s., najmä o jeho práve prístupu k osobným údajom a zodpovednosti za ich porušenie.

Súhlasím s tým, aby Generali Slovensko poisťovňa, a. s. moje osobné údaje poskytla a sprístupnila spoločnostiam, ktoré poverila vymáhaním svojich oprávnených nárokov vyplývajúcich z poistnej zmluvy. Som si vedomý, že som oprávnený vyššie uvedený súhlas odvolať s tým, že jeho účinky nastanú okamihom vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy.

Svojim podpisom potvrdzujem, že mi boli pred uzatvorením poistnej zmluvy písomne poskytnuté informácie v zmysle § 37 ods. 3 zákona č. 8/2008 Z.z. o poisťovníctve v platnom znení a obdržal som informáciu o podmienkach uzatvorenia poistnej zmluvy pre poistenie Školák.

Potvrdenie zástupcu poisťovateľa povereného uzatvorením poistnej zmluvy: Svojim podpisom na tejto poistnej zmluve potvrdzujem, že som overil totožnosť klienta podľa dokladu preukazujúceho totožnosť.

V: TUBUVA 920V00

dňa: 28.4.2011

(dátum uzatvorenia poistnej zmluvy)

Podpis poistníka
osoby oprávnenej konať v mene poistníka

Podpis zástupcu poisťovateľa
povereného uzatvorením poistnej zmluvy

Štátna príslušnosť osoby oprávnenej konať v mene poistníka: SR

Číslo OP alebo pasu osoby oprávnenej konať v mene poistníka: EΔ584244

H. ZÁSTUPCA POISŤOVATEĽA POVERENÝ UZATVORENÍM POISTNEJ ZMLUVY

Meno a priezvisko:

JUCANA LESKOVA

Osobné číslo:

80008419

Telefonický kontakt:

0918895238

Získateľské číslo 1:

80008419

100 %

Získateľské číslo 2:

Kód akcie