

Generali Slovensko poisťovňa, a.s., Plynárska 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 poistníkom poistnú zmluvu číslo:

9200950370
A. POISTNÍK

Názov školy / Názov organizácie

STREDNÁ ODBORNÁ ŠKOLA OBRATNOSTI

IČO

00654302

Ulica

HOŠHÍZOVÁ

Číslo

99/28

PSČ

92101

Obec

PIESTANY

Telefón/ Mobilný telefón

033 / 4426491

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

MALEŠÁKOVÁ ANNA ING.

Pracovná pozícia

RIADITEĽKA

Ulica trvalého bydliska

VODÁRENSKÁ

Číslo

88

PSČ

92101

Obec

PIESTANY

Telefón/ Mobilný telefón

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

Názov školy / Názov organizácie

IČO

Ulica

Číslo

PSČ

Obec

Telefón/ Mobilný telefón

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

Počet žiakov

462

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)

01/10/2013

Kód produktu

SKOM

Poistná doba: 1 rok s automatickou prolongáciou

KONIEC POISTENIA 30.09.2014
Skupina 1: Zamestnanci

Smrť následkom úrazu

Poistná suma (EUR)

Poistné za 1 osobu (EUR)

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

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 rámik.

Označenie výberu

A Á Ā B C Č D Ď E Ě F G H I Í J K L Ĺ Ľ M N Ň O Ó Ő Œ P Q R Ŕ S Š T Ť U Ú Ü 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

1000,00

0,10

Trvalé následky - progresívne plnenie

2000,00

0,48

Trvalé následky - lineárne plnenie

Denné odškodné za dobu nevyhnutného liečenia úrazu od 8. dňa

Denná dávka pri hospitalizácii

2,00

0,30

Ročné poistné za 1 osobu spolu

0,88

Ročné poistné za skupinu

406,56

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

406,56

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)

406,56

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 uvedte 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 uzavretím 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 uzavretia 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: P I E Š T A N O C H

dňa: 30.09.2013