

492



9999350179

Skolák

Generali Poistovňa, pobočka poisťovne z iného členského štátu, IČO: 54 228 573 so sídlom Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava, zapísaná v obchodnom registri Mestského súdu Bratislava III, oddiel: Po, vložka č.: 8774/B, organizačná zložka podniku zahraničnej osoby, prostredníctvom ktorej v Slovenskej republike podniká Generali Česká pojišťovna a.s., IČO: 452 72 956, so sídlom Spálená 75/16, Nové Město, 110 00 Praha 1, Česká republika, zapísaná v obchodnom registri Mestského súdu v Prahe, oddiel B, vložka č. 1464, člen Skupiny Generali, zapísanej v talianskom registri poisťovacích skupín, vedenom IVASS, pod č. 026 (ďalej len „poisťovateľ“).

Poisťovateľ uzatvára s poisťníkom polstrnú zmluvu číslo:

2409240850

Začiatok poistenia:

1.9.2014

A. POISŤNÍK (tiež poisťený, pokiaľ je zároveň poisťníkom)

Názov školy/Názov organizácie			IČO	
OBEC SMRDÁKY			00370000	
Ulica	Číslo	Obec	PSC	
SMRDÁKY	781	SMRDÁKY	90603	
Príezvisko, meno a titul osoby oprávnenej konať za poisťníka v mene školy			Pracovná pozícia	
TRIPPAŇSKÁ INARID			STAROSTKA	
Adresa trvalého bydliska				
Ulica	Číslo	Obec	PSC	
Email			Telefón/Mobilný telefón	

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

Názov školy/Názov organizácie			IČO	
ZAKLADNÁ ŠKOLA				
Ulica	Číslo	Obec	PSC	
SMRDÁKY	33	SMRDÁKY	90603	
Email			Telefón/Mobilný telefón	
zssmrdaky@gmail.com			+421905 548 869	

C. POISŤENÉ OSOBY (žiaci a zamestnanci školy sú menovite uvedení v zozname, ktorý je neoddeliteľnou súčasťou poisťnej zmluvy)Počet žiakov Počet poisťených zamestnancov **D. ÚDAJE O SKUPINOVOM ÚRAZOVOM POISŤENÍ**

Poistná doba: 1 rok s automatickou prolóngáciou

Skupina 1: Zamestnanci

Skupina 2: Žiaci

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

	Skupina 1: Zamestnanci		Skupina 2: Žiaci	
	Poistná suma v EUR	Poistné za 1 osobu v EUR	Poistná suma v EUR	Poistné za 1 osobu v EUR
Smrť následkom úrazu			1.000,-	0,70
Trvalé následky - progresívne plnenie			3.000,-	0,72
Trvalé následky - lineárne plnenie				
Denné odškodniné za dobu nevyhnutného liečenia úrazu od 8. dňa			2,-	7,60
Denná dávka pri hospitalizácii				
Ročné poisťné za 1 osobu spolu				2,42
Ročné poisťné za skupinu				53,24
Celkové ročné poisťné za skupinu 1 a 2 (EUR)				53,24
Daň				4,85
Celkové ročné poisťné za skupinu 1 a 2 s daňou (EUR)				57,50
Celkové poisťné za poisťné obdobie s daňou (EUR)				57,50

Úrazovom poistení detí do 18 rokov je začlenené aj poistenie úplných zlomenín. Poistné plnenie za zlomeniny sa deťom vypláca vo výške 40 EUR za plné zlomeniny dlhých kostí, kostí lebečných a panvy a vo výške 20 EUR za ostatné zlomeniny. Maximálne poisťné plnenie je 60 EUR na jednu poisťnú udalosť.

Číslo poisťnej zmluvy:

2409240850

9999350179

E. PLATENIE POISTNEHOSPÔSOB PLATENIA: Celkové bežné
poistné bude poisťník platiť: poštovou poukážkou príkazom na úhradu na účet Generali Poisťovní, pobočka poisťovne z iného členského štátu

SWIFT/BIC

IBAN

FREKVENCIA PLATENIAPoisťník je povinný platiť poistné
v dohodnutých obdobiach: ročných polročných**F. OPRAVNENÉ 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 poistennej osoby**G. ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA A VYHLÁSENIA POISŤNÍKA/POISTENÝCH**

Pre poistenie uzavreté touto poisťnou zmluvou platia Všeobecné poisťné podmienky pre úrazové poistenie Školák (VPP Školák 2018.1), ktoré sú jej neoddeliteľnou súčasťou. Podpisom tejto poisťnej zmluvy potvrdzujem, že som sa pred vznikom poistenia oboznámil so všetkými poisťnými podmienkami uvedenými v predošlej vete pre dohodnuté poistenie, súhlasím s nimi, obdržal som ich vyhotovenie a s Informáciami o spracúvaní osobných údajov, ktoré sú súčasťou zmluvnej dokumentácie a súhlasím s tým, aby mi boli sprístupnené v klientskej zóne poisťovateľa na webovom sídle. Súčasne potvrdzujem, že mi boli oznámené informácie podľa § 792a Občianskeho zákonníka.

Svojím podpisom potvrdzujem, že obsah poisťnej zmluvy je zrozumiteľný, vyjadruje moju slobodnú a vážnu vôľu, a na znak súhlasu poisťnú zmluvu podpisujem. Podpisom tejto poisťnej zmluvy potvrdzujem, že boli overené moje identifikačné údaje a totožnosť osobou konajúcou v mene poisťovateľa.

Svojím podpisom potvrdzujem, že som uviedol a zodpovedal pravdivo, úplne a podľa svojho najlepšieho vedomia všetky zadané otázky a údaje, a že som nezamýšľal žiadnu skutočnosť rozhodujúcu pre uzavretie poisťnej zmluvy. Ďalej potvrdzujem, že mi pred uzavretím poisťnej zmluvy boli písomne poskytnuté informácie v zmysle Zákona o poisťovníctve v platnom znení a že mi finančný sprostredkovateľ sprostredkujúci poistenie poskytol informácie v súlade so zákonom č. 186/2009 Z. z. o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve v platnom znení.

Beriem na vedomie, že poisťovateľ je oprávnený spracúvať osobné údaje dotknutých osôb vrátane informácií o mojom zdravotnom stave v zmysle Zákona o poisťovníctve v platnom znení. Všeobecné informácie o spracúvaní osobných údajov poisťovateľom sú v Informáciách o spracúvaní osobných údajov, ktoré sú súčasťou zmluvnej dokumentácie. Podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov, s ktorými som sa oboznámil/-a pred podpisom tejto poisťnej zmluvy, sú uvedené na webovom sídle poisťovateľa: www.generali.sk a na pobočkách poisťovateľa.

Zaroven beriem na vedomie, že poisťovateľ môže nadviazať kontakt so všetkými lekármi a zdravotníckymi zariadeniami a vyžiadať si od nich informácie o mojom zdravotnom stave, ktorých získanie a spracovanie je potrebné pre účely plnenia práv a povinností poisťovateľa vyplývajúcich z tohto zmluvného vzťahu, ako aj z príslušných právnych predpisov.

Poverenie zástupcu poisťovateľa povereného uzatvorením poisťnej zmluvy:

Svojím podpisom na tejto poisťnej zmluve potvrdzujem, že som overil totožnosť klienta podľa dokladu preukazujúceho totožnosť.

Obec
906 03Ľáky
KY 181Podpis poisťníka
mohá

NB674443

SR

Podpis osoby oprávnenej
konať v mene poisťníkaČíslo OP/pasu osoby oprávnenej
konať v mene poisťníkaŠtátna príslušnosť osoby oprávnenej
konať v mene poisťníkaPodpis zástupcu
povereného uzatvorením zmluvy

SINDARCOCH

Dňa

28. 8. 2024

(dátum uzatvorenia poisťnej zmluvy)

H. ZÁSTUPCA POISŤOVATEĽA POVERENÝ UZATVORENÍM POISŤNEJ ZMLUVY

Meno a priezvisko

E - mail

SILVIA MIKULOVA

osickentberna@ovbmail.eu

Išk. číslo 1

Telef. kontakt

Osobné číslo

Kód akcie

P0000002-3

0907 881 404

5104842

Išk. číslo 2