



## Poistenie Školák



Generali Poistovňa, a. s., Lamačská cesta 3/A, 841 04 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 IVASS (ďalej len „poisťovateľ“). Poisťovateľ uzatvára s poistníkom poistnú zmluvu číslo: **2401670425**

### A. POISTNÍK (tiež poistený pokiaľ je zároveň poistníkom)

Názov školy/Názov organizácie

IČO

STEEŠNA ODDOPNA ŠKOLA

000152531

Ulica

Číslo

PSČ

JACHOVNA

108

08401

Obec

Telefón/Mobilný telefón

STARÁ ĽUBOVŇA

/

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

Pracovná pozícia

BULALIO VLADIMIR, PaedDr.

RIADITEĽ

Ulica trvalého bydliska

Číslo

PSČ

TATEANSKA

1083/6

08401

Ulica

Telefón/Mobilný telefón

STARÁ ĽUBOVŇA

0910 / 938849

### 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

309

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

01091518

(ddmmrrrr)

Kód produktu

S K O Y

Poistná doba: 1 rok s automatickou prolongáciou

#### Skupina 1: Zamestnanci

Smrť následkom úrazom

Poistná suma (€)

Poistné za 1 osobu (€)

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



Príručka pre vyplňovanie formulára. Všeobecne poistné podmienky. Všetky údaje vyplňujte veľkými písmenami. Tlačivo vyplňujte čitateľne čiernym

9999350149

alebo modrým perom podľa predpísaného vzoru písma. Rukou písaný text nesmie v žiadnom prípade presahovať predtlačенý rámk.

Označenie  
výberu  
☒

A B C Č D Ď E F G H I J K L Ľ M N Ň O Ó Ô Õ 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, 2, 3, 4, 5)

Smrť následkom úrazom

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

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

Poistná suma (€)

Poistné za 1 osobu (€)

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.

Celkové poistné za poistné obdobie (EUR)

## F. PLATENIE POISTNÉHO

### SPÔSOB PLATENIA:

Celkové bežné poistné bude poistník platiť:

☐ poštovou poukážkou ☐ príkazom na úhradu na účet Generali Poistovňa, a.s.

Číslo bankového účtu (Uveďte pri každom spôsobe platenia)

IBAN

### FREKVENCIA PLATENIA:

Poistník je povinný platiť poistné v dohodnutých obdobiach:

☒ ročne ☐ polročne

Kód banky

SWIFT/BIC

## G. ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA A VYHLÁSENIA POISTNÍKA/POISTENÝCH

Potvrdenie zástupcu poisťovateľa povereného uzatvorením poistnej zmluvy:

Svojím podpisom na tejto poistnej zmluve potvrdzujem, že som overil totožnosť klienta podľa dokladu preukazujúceho totožnosť. Vyhlásenia, súhlasy a potvrdenia poistníka a poistených na zadnej strane tejto zmluvy tvoria jej neoddeliteľnú súčasť a majú rovnaké právne účinky ako ustanovenia obsiahnuté pred časťou poistnej zmluvy určenej na podpisy.

## H. ZÁSTUPCA POISŤOVATEĽA POVERENÝ UZATVORIENÍM

Meno a priezvisko:

Osobné číslo:

Kontakt:

Iskatelské číslo 1: 80007199 100 %

Iskatelské číslo 2: 100 %

Kód akcie



## ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA A VYHLÁSENIA POISTNÍKA/POISTENÝCH

Pre poistenie uzavreté touto poistnou zmluvou platia Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie Školák (VPP Školák 2016.1), ktoré sú jej neoddeliteľnou súčasťou. Podpisom tejto poistnej zmluvy potvrdzujem, že som sa pred vznikom poistenia oboznámil so všetkými poistnými podmienkami uvedenými v predošlej vete pre dohodnuté poistenie, súhlasím s nimi a obdržal som ich vyhotovenie. Súčasne potvrdzujem, že mi boli oznámené informácie podľa § 792a Občianskeho zákonníka.

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

Svojim podpisom potvrdzujem, že som uviedol a zodpovedal pravdivo, úplne a podľa svojho najlepšieho vedomia všetky zadané otázky a údaje, a že som nezamlčal žiadnu skutočnosť rozhodujúcu pre uzavretie poistnej zmluvy. Ďalej potvrdzujem, že mi pred uzavretím poistnej 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.

Svojim podpisom na tejto poistnej zmluve beriem na vedomie, že poisťovateľ je oprávnený spracúvať osobné údaje dotknutých osôb v zmysle Zákona o poisťovníctve v platnom znení. Podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov a právach dotknutej osoby sú vo VPP Školák 2016.1, s ktorými som sa oboznámil pred podpisom tejto poistnej zmluvy.

Zároveň splnomocňujem poisťovateľa, aby v mojom mene nadviazal kontakt so všetkými lekármi a zdravotníckymi zariadeniami, vyžiadal si od nich informácie o mojom zdravotnom stave, ktorých získanie a spracovanie je potrebné pre účely plnenia práv a povinností poisťovateľa vyplývajúcich z tohto právneho vzťahu ako aj z príslušných právnych predpisov.

Podpisom poistnej zmluvy udeľujem poisťovateľovi súhlas so spracovaním informácií o mojom zdravotnom stave v rozsahu a na účely podľa predchádzajúcej vety, a to počas doby nevyhnutnej na zabezpečenie všetkých práv a povinností vyplývajúcich z tohto právneho vzťahu.

Súčasne vyhlasujem, že som bol poistenými osobami a/alebo osobami oprávnenými k prevzatíu poistného plnenia oprávnený na uvedenie údajov o ich zdravotnom stave, a na udelenie súhlasu na ich spracúvanie, a to po dobu podľa predchádzajúcej vety.

