



7004

Štefánikova 17, 811 05 Bratislava
IČO: 31 595 545, DIČ: 2021097089, IČ DPH: SK7020000746
Spoločnosť je členom skupiny registrovanej pre DPH, zapísaná v Obchodnom registri
Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č. 3345/B (ďalej len „poisťovňa“)

číslo
poistnej zmluvy **4801902532**

získateľské číslo
sprostredkovateľa **554**

POISTNÍK

Názov firmy/Zriaďovateľ školy

Obec Ostrov

Trvalá adresa (ulica, číslo domu, mesto)/Sídlo

Ostrov 315, 922 01 Ostrov

PSČ

PSČ

Korešpondenčná adresa (ulica, číslo domu, mesto), ak je iná, ako adresa trvalého bydliska

Dátum narodenia

☐ Rodné číslo/☒ IČO

Štátna príslušnosť

Mobilný telefón/Tel. kontakt

0000000000

00312827

033 / 771 97 7

Štatutárny zástupca (priezvisko, meno, titul)

Jozef Tkáč

E-mail

obecostrov@obecostrov.sk

POISTENÍ

menný zoznam poistených, ktorý tvorí
neoddeliteľnú prílohu poistnej zmluvy

OPRÁVNENÉ
OSOBY

V prípade smrti poisteného má právo na plnenie osoba/osoby
v zmysle § 817 Občianskeho zákonníka

ĎALŠIE DOJEDNANIA

Začiatok poistenia

01092020

Koniec poistenia

30062021

Interval platenia (poistné obdobie)

jednorazovo

Spôsob platenia ☐ príkazom z účtu č.: IBAN

SWIFT (BIC) kód banky

☒ poštový peňažný poukaz

☐ inak

☐ prevodom z účtu OPU č.:

Činnosť školy

☐ štandardná

☐ športová

☐ špeciálna

☑ VARIANT A

Trvalé následky úrazu

TNU

Poistná suma

3 000,00 EUR

Jednorazové poistné

EUR

Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu

ČNL

1 500,00 EUR

EUR

Počet osôb

37

Jednorazové poistné za 1 poistenú osobu

4,00 EUR

Jednorazové poistné za skupinu

148,00 EUR

☐ VARIANT B

Trvalé následky úrazu

TNU

Poistná suma

6 000,00 EUR

Jednorazové poistné

EUR

Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu

ČNL

3 000,00 EUR

EUR

Počet osôb

Jednorazové poistné za 1 poistenú osobu

EUR

Jednorazové poistné za skupinu

EUR

☐ VARIANT C

Smrť následkom úrazu

SNU

Poistná suma

3 000,00 EUR

Jednorazové poistné

EUR

Trvalé následky úrazu

TNU

6 000,00 EUR

EUR

Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu

ČNL

3 000,00 EUR

EUR

Materiálna škoda spôsobená dieťaťu v školskom zariadení

MS

300,00 EUR

EUR

Zodpovednosť za materiálnu škodu spôsobenú dieťaťom školskému zariadeniu

ZMS

300,00 EUR

EUR

Detské zlomeniny

DZ

Počet osôb

Jednorazové poistné za 1 poistenú osobu

EUR

Jednorazové poistné za skupinu

EUR

PEŇAŽNÝ ÚSTAV POISŤOVNE:	ČÍSLO ÚČTU IBAN / SWIFT (BIC) KÓD BANKY:	POISŤNÉ	Celkové jednorazové poisťné bez dane ¹	137,04 EUR
Prima banka Slovensko, a.s. SLSP, a.s. Tatra banka, a.s.	SK87 5600 0000 0012 0022 2008 / KOMASK2X SK28 0900 0000 0001 7819 5386 / GIBASKBX SK60 1100 0000 0026 2322 5520 / TATRSKBX		Daň z poistenia ¹	10,96 EUR
			Celkové jednorazové poisťné vrátane dane ¹	148,00 EUR

Poistné za poskytované poisťné krytie sa považuje za uhradené pripísaním poisťného, vrátane dane z poistenia¹ na účet poisťovne.

Poisťné za poskytované poisťné krytie sa považuje za uhradené pripísaním poisťného, vrátane dane z poistenia¹ na účet poisťovne.

¹ Na toto poistenie sa uplatňuje daň z poistenia podľa zákona č. 213/2018 Z. z. o dani z poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Záverečné ustanovenia

Poisťník a poistený prehlasujú, že všetky jeho odpovede na písomné otázky poisťovne týkajúce sa poistenia sú pravdivé, úplné a pokiaľ neboli napísané jeho rukopisom, potvrdzuje, že ich overil(a) a sú pravdivé.

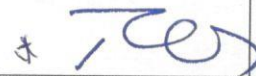
Poisťník podpísaním tejto poisťnej zmluvy záväzne potvrdzuje, že peňažné prostriedky použité na úhradu poisťného sú jeho vlastníctvom a poisťnú zmluvu uzatvára na vlastný účet.

Pre potreby dojednaného poistenia sa účet uvedený v poisťnej zmluve považuje za kontaktný a v prípade, že počas trvania poisťného vzťahu dôjde k zmene, je poisťník povinný túto zmenu písomne oznámiť poisťovní, prípadne nahlásiť formou originálneho potvrdenia banky účet iný. V prí-

Poisťník svojím podpisom potvrdzuje, že s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poisťnej zmluvy bol písomne oboznámený s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatvárajúcej poisťnej zmluvy prostredníctvom Informačného dokumentu o poisťnom produkte (IPID), ktorý prevzal. A zároveň potvrdzuje, že pred uzavretím poisťnej zmluvy bol oboznámený so znením vyššie uvedených Všeobecných poisťných podmienok, Osobitných poisťných podmienok a Rozsahu nárokov a dojednaní patriacich k tomuto poisteniu, ktoré následne aj prevzal v písomnej podobe.

V prípade, ak poisťník a poistená osoba nie sú totožné osoby, poisťník svojím podpisom prehlasuje, že má oprávnenie poskytnúť poisťovní osobné údaje poisteného na účely uzatvárania, správy a plnenia tejto poisťnej zmluvy podľa zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Poisťovňa informuje poisťníka, že osobné údaje spracúva v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) (ďalej len „Nariadenie“) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Poisťník svojím podpisom prehlasuje, že sa oboznámil s informáciami o spracúvaní jeho osobných údajov podľa Nariadenia, vrátane informácií o jeho právach. Zároveň berie na vedomie, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť aj na webovej stránke poisťovne www.kpas.sk.


podpis poisťníka
(štátutárneho zástupcu)


podpis poisťníka (štátutárneho zástupcu)

totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP


odtlačok pečiatky právnickej osoby

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia
(meno čitateľne)

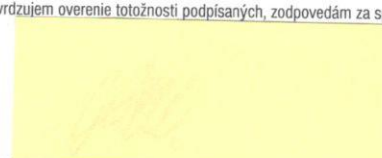
Ing. Michal Hambalek

údajov a v mene poisťovne uzatváram poisťnú zmluvu.

, svojím podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených

v **Nitre**

dňa **1 2 0 8 2 0 2 0**


podpis sprostredkovateľa poistenia