



9999350179

Školák



Generali Poistovní, a. s., Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava, Slovenská republika, IČO 35 709 332, DIČ 2021000487,
 IČ DPH: SK 2021000487, 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 poisťníkom poisťnú zmluvu číslo: **2406456434**Začiatok poistenia: **26.09.2019**

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

Názov školy/Názov organizácie IČO

Ulica Číslo Obec PSC

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

Aдреса 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

Ulica Číslo Obec PSC

Email Telefón/Mobilný telefón

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

Počet žiakov Počet poistených zamestnancov

D. ÚDAJE O SKUPINOVOM ÚRAZOVOM POISTENÍ

Poistná doba: 1 rok s automatickou prolongáciou

	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	<input type="text" value="3000"/>	<input type="text" value="230"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trvalé následky – progresívne plnenie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trvalé následky – lineárne plnenie	<input type="text" value="3000"/>	<input type="text" value="0,54"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Denné odškodné za dobu nevyhnutného liečenia úrazu od 8. dňa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Denná dávka pri hospitalizácii	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ročné poistné za 1 osobu spolu	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="185,90"/>
Ročné poistné za skupinu	<input type="text"/>	<input type="text" value="409,14"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Celkové ročné poistné za skupinu 1 a 2 (EUR)	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Daň	<input type="text"/>		<input type="text" value="14,92"/>	
Celkové ročné poistné za skupinu 1 a 2 s daňou (EUR)	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Celkové poistné za poistné obdobie s daňou (EUR)	<input type="text"/>		<input type="text" value="203,14"/>	

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 poisťnú udalosť.

Číslo poistnej zmluvy:

2406456434

9999350179

E. PLATENIE POISTNÉHO**SPÔSOB PLATENIA:**

Celkové bežné poistné bude poistník platiť:

 poštovou poukážkou prikazom na úhradu na účet Generali Poisťovňa, a. s.

SWIFT/BIC

IBAN

5K 170200 0000 00148 336 6854

FREKVENCIA PLATENIA

Poistník 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 poistenej osoby

G. ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA A VYHLÁSENIA POISTNÍKA/POISTENÝCH

Pre poistenie uzavreté touto poistnou zmluvou platia Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie Školák (VPP Školák 2018.1), 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, 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.

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 zadane otázky a údaje, a že som nezamietal 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.

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 poistnej zmluvy, sú uvedené na webovom sídle poisťovateľa: www.general.sk a na pobočkách poisťovateľa.

Zároveň 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 poistnej zmluvy:

Svojim podpisom na tejto poistnej zmluve potvrdzujem, že som overil totožnosť klienta podľa dokladu preukazujúceho totožnosť.

Podpis poistníka/osoby oprávnenej konať v mene poistníka

Číslo OP/pasu osoby oprávnenej konať v mene poistníka

Štátna príslušnosť osoby oprávnenej konať v mene poistníka

Podpis zástupcu poisťovateľa povereného uzatvorením zmluvy

v JUNÁKOVEJ STRADE

Dňa 25.09.2019

(dátum uzatvorenia poistnej zmluvy)

H. ZÁSTUPCA POISŤOVATEĽA POVERENÝ UZATVORENÍM POISTNEJ ZMLUVY

Meno a priezvisko

E-mail

Zisk. číslo 1

Telef. kontakt

Osobné číslo

Kód akcie

Zisk. číslo 2