

Číslo návrhu:



* 9 9 8 0 8 9 2 1 3 9 *

Allianz 
Slovenská poisťovňaID - kód
nevpisovať**Hromadné poistenie zodpovednosti za škodu spôsobenú pri výkone povolania****Poistovateľ**Allianz - Slovenská poisťovňa, a. s., Dostojevského rad 4, 815 74 Bratislava 1, IČO: 00 151 700,
IČ DPH: SK2020374862, zapísaná v obch. registri Okresného súdu Bratislava I, odd.: Sa, vložka č. 196/B**Poistník**

Rodné číslo / IČO

35552832

Telefón

Priezvisko /
obchodné meno

MATERSKA ŠKOLA

Meno

Titul pred
menomTitul za
menom

Ulica

HAVANŠKA

Súp.č.

Or.č.

26

Obec

KOŠICE

PSČ

04013

E-mail

E-mail kontaktnej
osoby poistníka**Zastúpený oprávnenou osobou**

Priezvisko

CYMBALÁKOVÁ

Titul pred
menomTitul za
menom

Meno

RENATA

Funkcia

RIADITEĽKA

Poistení☒ uvedení v Zozname poistených zamestnancov, ktorý je neoddeliteľnou súčasťou tejto hromadnej zmluvy - Prihláškové poistenie☐ podľa Dodatku k hromadnej zmluve, ktorý je neoddeliteľnou súčasťou tejto hromadnej zmluvy - Paušálne poistenie**Deň uzavretia poistnej zmluvy****Začiatok poistenia**

(najskôr nasledujúci deň po dni uzavretia zmluvy)

20 . 09 . 2016

21 . 09 . 2016

Poistenie sa dojednáva na:☒ dobu neurčitú☐ dobu určitú do:

. . 20

Spoluúčasť

Dojednáva sa spoluúčasť 10%, min. 30 EUR, ak nie je krížikom vyznačená spoluúčasť „10%, min. 100 EUR“

10%, min.
100 EUR ☐**Zúčtovacie obdobie****Spôsob platenia poistného****Platenie poistného**☒ ročné☐ polročné☐ štvrťročné☒ bežné
poistné☐ jednorazové
poistné☐ ePoukazom☐ bankovým
prevodom

Máte uzavreté rovnaké poistenie aj u iného poisťovateľa?

☒ Nie☐ Áno

Názov poisťovateľa

Poistenie zodpovednosti za škodu spôsobenú pri výkone povolania dojednané touto poistnou zmluvou sa riadi Všeobecnými poistnými podmienkami pre poistenie zodpovednosti za škodu spôsobenú pri výkone povolania zo dňa 16.09.2013 a Osobitnými poistnými podmienkami pre hromadné poistenie zodpovednosti za škodu spôsobenú pri výkone povolania zo dňa 16.09.2013 vydaných poisťovateľom.

Spracúvanie osobných údajov:

Poistník je povinný poisťovateľovi poskytnúť a umožniť získať kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním osobné údaje, ako aj ďalšie údaje požadované poisťovateľom v zmysle zákona č. 8/2008 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Poistník týmto vyhlasuje, že je oboznámený so všetkými



F 3 R C 3 0 9 9 0 1 -

TI. č. 3099/1m - 10./2014