



efánikova 17, 811 05 Bratislava

O: 31 595 545, DIČ: 2021097089, IČ DPH: SK7020000746
oľnosť je členom skupiny registrovanej pre DPH, zapísaná v Obchodnom registri
resného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č. 3345/B (ďalej len „poistovňa“)

číslo
poistnej zmluvy **4801906766**

získateľské číslo
sprostredkovateľa **LF00104119**

POISTNÍK

Názov firmy/Zriaďovateľ školy

OBEĽ BAĽKA

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

č. 15

PSČ

93551

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

PSČ

Dátum narodenia

☐ Rodné číslo/☒ IČO

Štátna príslušnosť

Mobilný telefón/Tel. kontakt

090909309

SLOVENSKÁ REP.

0905855847

Štatutárny zástupca (priezvisko, meno, titul)

ING. ALON ŠTRBA - STAROSTA OBEĽ

E-mail

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

Koniec poistenia

Interval platenia (poistné obdobie)

010914060

300614061

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

Jednorazové poistné za 1 poistenú osobu

EUR

Jednorazové poistné za skupinu

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

0,44 EUR

Trvalé následky úrazu

TNU

6 000,00 EUR

1,45 EUR

Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu

ČNL

3 000,00 EUR

4,15 EUR

Materiálna škoda spôsobená dieťaťu v školskom zariadení

MS

300,00 EUR

0,99 EUR

Zodpovednosť za materiálnu škodu spôsobenú dieťaťom školskému zariadeniu

ZMS

300,00 EUR

0,99 EUR

Detské zlomeniny

DZ

Počet osôb

Jednorazové poistné za 1 poistenú osobu

8,00 EUR

Jednorazové poistné za skupinu

104,00 EUR

PEŇAŽNÝ ÚSTAV POISŤOVNE: ČÍSLO ÚČTU IBAN / SWIFT (BIC) KÓD BANKY:

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

POISŤNÉ

Celkové jednorazové poistné bez dane¹

96,30 EUR

Daň z poistenia¹

7,40 EUR

Celkové jednorazové poistné vrátane dane¹

104,00 EUR

Poistné za poskytované poistné krytie sa považuje za uhradené pripísaním poistného, 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

Poistník 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.

Poistník podpísaním tejto poistnej zmluvy záväzne potvrdzuje, že peňažné prostriedky použité na úhradu poistného sú jeho vlastníctvom a poistnú zmluvu uzatvára na vlastný účet.

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

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

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

Poisťovňa informuje poistníka, 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. Poistník 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 poistníka
(štatutárneho zástupcu)

podpis poistníka (štatutárneho zástupcu)

totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP

odtlačok pečiatky právnickej osoby

iný sprostredkovateľ poistenia
(čitateľne)

ALŽBETA ČORNAKOVÁ

svojím podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených

¹ a v mene poisťovne uzatváram poistnú zmluvu.

LEVICIAK

31.10.2020

podpis sprostredkovateľa poistenia

OBEC BAJKA

Dátum: 28-09-2020	RZ/ZH-LA:
Príloha č. 1	Číslo spisu:
Príloha č. 2	Výberový: