

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 „poistovňa“)

číslo návrhu  
poistnej zmluvy

☒ 4801 ☐ 4802 ☐ 4805 ☐ 4809

4801901633

ziskateľské číslo  
sprostredkovateľa

Vrbičan 128

POISTNÍK

Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko) / Názov firmy

Obec Závžná Poruba

Muž ☐ Žena ☐

Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto) / Sídlo

Hlavná 135 Závžná Poruba

PSČ

0 3 2 0 2

Mobilný telefón/Tel. kontakt

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

PSČ

Priemerný čistý mesačný príjem

Dátum narodenia

☐ Rodné číslo / ☒ IČO

Miesto narodenia

Štátna príslušnosť

0 0 3 1 5 9 1 5

0 0 3 1 5 9 1 5

Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa)

Zamestnanie – druh, funkcia, povolanie, typ pracovnej činnosti

E-mail

POISTENÍ

☒ menný zoznam poistených

☐ nemenované osoby

OPRÁVNENÉ OSOBY

V prípade smrti poisteného má právo na poistné plnenie (vyberte len jednu z možností 1., 2. alebo 3.)

1. ☐ zatiaľ neurčujem (osoba/osoby v zmysle § 817 Občianskeho zákonníka) 2. ☐ manžel/manželka ☐ deti ☐ rodičia  
3. ☐ osoba určená menom (vypíšte podrobne nižšie) ☐ matka ☐ otec

Povinné údaje sú: priezvisko, meno a rodné číslo (alebo dátum narodenia),  
resp. v prípade právnickej osoby názov, IČO (uved'te len v prípade, ak ste označili bod 3.)

% z poist. plnenia

Začiatok poistenia

0 3 0 9 2 0 1 8

h

Koniec poistenia

3 1 0 8 2 0 1 9

h

Doba poistenia

☒ určitá

☐ neurčitá

V prípade rizík poisteného, odlišných od rizík uvedených v tejto poist. zmluve, je poisťovateľ oprávnený zmeniť výšku poistnej sumy alebo poistného max. o 10 % podľa platných poistno-matematických zásad. V prípade neurčenia sa zachováva výška poistného.

Žiadam zachovať: (vyberte jednu z možností) ☐ výšku poistného ☐ výšku poistnej sumy

Spôsob platenia ☐ príkazom z účtu č.: IBAN

☐ poštový peňažný poukaz

☐ inak

☐ prevodom z účtu OPU č.:

SWIFT (BIC) kód banky

Interval platenia (poistné obdobie)

☐ ročne

☐ polročne

☐ štvrťročne

☐ mesačne

☒ jednorazovo

Bližšie špecifikujte udalosť a činnosti vykonávajúce počas tejto udalosti, na ktoré sa vzťahuje skupinové úrazové poistenie.

Základná škola Závžná Poruba

ĎALŠIE DOJEDNANIA



**ÚRAZOVÉ POISTENIE**

Prevažujúca:	<input type="checkbox"/> športová činnosť	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> pracovná činnosť	„B“

Riziková skupina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Smrť následkom úrazu	SNU	Poistná suma	Poistné za skupinu
		<input checked="" type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu	TNU	5311,03 EUR	EUR
		<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	EUR	EUR
		<input type="checkbox"/> Hospitalizácia následkom úrazu	UH	EUR	EUR
		<input checked="" type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	1991,64 EUR	EUR
Počet osôb	64	<input type="checkbox"/> Iné	<input type="text"/>	EUR	276,48 EUR
Ročné / Jednorazové poistné za skupinu					276,48 EUR

**ÚRAZOVÉ POISTENIE**

Prevažujúca:	<input type="checkbox"/> športová činnosť	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> pracovná činnosť	<input type="text"/>

Riziková skupina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Smrť následkom úrazu	SNU	Poistná suma	Poistné za skupinu
		<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu	TNU	EUR	EUR
		<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	EUR	EUR
		<input type="checkbox"/> Hospitalizácia následkom úrazu	UH	EUR	EUR
		<input type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	EUR	EUR
Počet osôb	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Iné	<input type="text"/>	EUR	EUR
Ročné / Jednorazové poistné za skupinu					EUR

**ÚRAZOVÉ POISTENIE**

Prevažujúca:	<input type="checkbox"/> športová činnosť	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> pracovná činnosť	<input type="text"/>

Riziková skupina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Smrť následkom úrazu	SNU	Poistná suma	Poistné za skupinu
		<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu	TNU	EUR	EUR
		<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	EUR	EUR
		<input type="checkbox"/> Hospitalizácia následkom úrazu	UH	EUR	EUR
		<input type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	EUR	EUR
Počet osôb	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Iné	<input type="text"/>	EUR	EUR
Ročné / Jednorazové poistné za skupinu					EUR

**ÚRAZOVÉ POISTENIE**

Prevažujúca:	<input type="checkbox"/> športová činnosť	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> pracovná činnosť	<input type="text"/>

Riziková skupina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Smrť následkom úrazu	SNU	Poistná suma	Poistné za skupinu
		<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu	TNU	EUR	EUR
		<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením	TNUP	EUR	EUR
		<input type="checkbox"/> Hospitalizácia následkom úrazu	UH	EUR	EUR
		<input type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	EUR	EUR
Počet osôb	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Iné	<input type="text"/>	EUR	EUR
Ročné / Jednorazové poistné za skupinu					EUR



### Záverečné ustanovenia

Poistník a poistený prehlasujú, že všetky jeho odpovede na písomné otázky poisťovateľa týkajúce sa poistenia sú pravdivé, úplné a pokiaľ neboli napísané jeho rukopisom, potvrdzuje, že ich overil(a) a sú pravdivé. Poistený vyhlasuje, že súhlasí, aby poisťovateľ zisťoval a preveroval jeho zdravotný stav vo všetkých zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť a u všetkých lekárov. Tiež splnomocňuje zástupcu poisťovateľa na právne úkony súvisiace s vyhotovením lekárskeho výpisu zo zdravotnej dokumentácie alebo k ich zapožičaniu za účelom vykonania prípadných zmien zo strany poisťovateľa a tiež k posúdeniu poistnej udalosti. Zároveň zbavuje mlčanlivosti voči poisťovateľovi všetkých lekárov v otázkach súvisiacich s jeho zdravotným stavom. Kópia tohto oprávnenia má takú istú platnosť ako originál.

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

Poisťovateľ a poistník sa dohodli, že ak je táto poistná zmluva označená

v záhlaví ako náhrada poistnej zmluvy (poistných zmlúv), poistná zmluva (poistné zmluvy), uvedená v záhlaví ako nahradzovaná, zanikne v celom rozsahu v okamihu začiatku poistenia dohodnutého touto poistnou zmluvou. Súčasne bude nahradená touto poistnou zmluvou a podmienkami a dojednaniami, ktoré sa k nej vzťahujú.

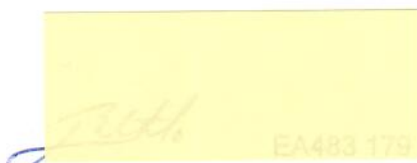
Pre potreby dojednaného poistenia sa účet uvedený v poistnej zmluve považuje za kontaktný a v prípade, že počas trvania poistného vzťahu dôjde k zmene, je poistník povinný túto zmenu písomne oznámiť poisťovateľovi, prípadne nahlásiť formou originálneho potvrdenia banky účet iný. V prípade zneužitia účtu alebo neoznámenia zmeny účtu nenesie poisťovateľ zodpovednosť za prípadnú vzniknutú škodu.

Pre toto poistenie platia príslušné ustanovenia Občianskeho zákonníka, Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie (VPP 1000-5), ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou poistnej zmluvy.

Každá zo zmluvných strán môže poistnú zmluvu vypovedať do 2 mesiacov od jej uzavretia, výpovedná lehota je 8 dní. Jej uplynutím poistná zmluva zanikne.

Poistník svojím podpisom potvrdzuje, že s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poistnej zmluvy bol písomne oboznámený s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatvárajúcej poistnej zmluvy prostredníctvom Formulára o dôležitých zmluvných podmienkach uzatvárajúcej poistnej zmluvy a Informačného dokumentu o poistnom produkte (IPID), ktoré prevzal. A zároveň potvrdzuje, že pred uzavretím poistnej zmluvy bol oboznámený so znením vyššie uvedených všeobecných poistných podmienok patriacich k tomuto poisteniu, ktoré následne aj prevzal v písomnej podobe.

Poistník podpisom poistnej zmluvy dáva súhlas na spracovanie osobných údajov v informačnom systéme poisťovateľa na účely priameho marketingu poisťovateľa (najmä informácie o novinkách, akciách a zľavách, ako aj o súťažiach, poistných produktoch a poskytovaných online službách a pod.) po dobu trvania poistného vzťahu: ☐ ÁNO / ☒ NIE Poistovnía informuje poistníka, že jeho osobné údaje spracúva podľa § 10 zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v spojení s § 78 zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Poistník v súlade s § 12 ods. 2 zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov dáva svoj súhlas, aby osobné údaje získané touto poistnou zmluvou a v rozsahu tejto poistnej zmluvy poskytol poisťovateľ iným právnickým a fyzickým osobám podnikajúcim v poradenskej a/alebo sprostredkovateľskej činnosti v oblasti poisťovníctva, ostatným subjektom a združeniam týchto subjektov podnikajúcim v poisťovníctve, zmluvným partnerom poisťovne (zoznam zmluvných partnerov je uverejnený na [www.kpas.sk](http://www.kpas.sk)), iným oprávneným subjektom, do iných členských štátov EÚ, v prípade ak to bude nevyhnutné na zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností z tejto poistnej zmluvy. Poistník prehlasuje, že mu boli vopred poskytnuté údaje v zmysle § 15 zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov a bol ako dotknutá osoba poučený o svojich právach uvedených v § 28 zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Zároveň berie na vedomie, že text poučenia je možné nájsť aj na webovej stránke poisťovateľa.

  
EA483 179

podpis poistníka

totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP

pečiatka firmy

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia  
(meno čitateľne)

**Marian Vrbičan**

údajov a v mene poisťovateľa uzatváram poistnú zmluvu.

v

**Liptovský Hrádok**

dňa

**3 | 1 | 0 | 8 | 2 | 0 | 1 | 8**

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

podpis sprostredkovateľa poistenia



**ROZSAH NÁROKOV A DOJEDNANÍ K- ŠKOLE (4801)**  
**DODATOK K POISTNEJ ZMLUVE PRE SKUPINOVÉ ÚRAZOVÉ POISTENIE**  
Číslo:

Druh poistenia: **SKUPINOVÉ ÚRAZOVÉ POISTENIE**

Poistovateľ poskytne poistnú ochranu počas doby poistenia v súlade s podmienkami tohoto poistenia. Táto poistná zmluva, prehľad poistného plnenia, rozsah nárokov a dojednaní a akékoľvek písomné dodatky tvoria spolu jeden dokument a akékoľvek slovo alebo výraz, ktorému sa prikladá špecifický význam v tejto poistnej zmluve bude mať tento význam, nech sa objaví kdekoľvek v tejto zmluve alebo v ktoromkoľvek dodatku k nej pripojenom.

**I. Predmet a rozsah poistenia**

Poistník uzatvára s poistovateľom poistnú zmluvu pre skupinové poistenie menovaných osôb. Poistenie sa dojednáva na dobu, uvedenú v poistnej zmluve, maximálne na dobu jedného roka.

Ide o úrazové poistenie, ktoré sa vzťahuje:

**Variant A**

- na trvalé následky úrazu, ku ktorému dôjde výlučne počas školského roka a len v súvislosti so školskou činnosťou v priestoroch školy, školského areálu alebo na akciách poriadaných školou, s nárokom výplaty vyplývajúcej z poistnej udalosti pre poškodeného.
- na čas nevyhnutného liečenia úrazu, ku ktorému dôjde výlučne počas školského roka a len v súvislosti so školskou činnosťou v priestoroch školy, školského areálu alebo na akciách poriadaných školou, s nárokom výplaty vyplývajúcej z poistnej udalosti pre poškodeného.

Poistné sumy:

**Trvalé následky úrazu.....príslušné % zo sumy 1 327,76 EUR**

**Čas nevyhnutného liečenia úrazu..... príslušné % zo sumy 1 327,76 EUR**

**Variant B**

- na trvalé následky úrazu, ku ktorému dôjde výlučne počas školského roka a len v súvislosti so školskou činnosťou v priestoroch školy, školského areálu alebo na akciách poriadaných školou, s nárokom výplaty vyplývajúcej z poistnej udalosti pre poškodeného.
- na čas nevyhnutného liečenia úrazu, ku ktorému dôjde výlučne počas školského roka a len v súvislosti so školskou činnosťou v priestoroch školy, školského areálu alebo na akciách poriadaných školou, s nárokom výplaty vyplývajúcej z poistnej udalosti pre poškodeného.

Poistné sumy:

**Trvalé následky úrazu.....príslušné % zo sumy 5 311,03 EUR**

**Čas nevyhnutného liečenia úrazu..... príslušné % zo sumy 1 991,64 EUR**



**ROZSAH NÁROKOV A DOJEDNANÍ K- ŠKOLE (4801)**  
**DODATOK K POISTNEJ ZMLUVE PRE SKUPINOVÉ ÚRAZOVÉ POISTENIE**  
Číslo:

Pre obidva tarify sa odchyľne od Všeobecných poistných podmienok dojednáva nasledovné:

**1. Plnenie za trvalé následky úrazu:**

Poistovateľ určí výšku plnenia tak, aby zodpovedalo povahe a rozsahu telesného poškodenia, spôsobeného úrazom. Poistovateľ má povinnosť plniť, ak takto stanovená výška plnenia je najmenej 1%.

**2. Plnenie za prechodné následky úrazu (čas nevyhnutného liečenia):**

V prípade úrazu poisteného, vyplatí poisťovateľ poistenému percentuálnu časť z poistnej sumy za priemerný čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu podľa oceňovacích tabuliek, ak takto stanovená výška je najmenej 2,5 %.

## **II. Poistené osoby**

Poistenie sa vzťahuje na žiakov školy a pracovníkov pedagogického zboru v pracovno-právnom pomere s poisťníkom, uvedených v priloženom zozname, ktorý sa stáva neoddeliteľnou súčasťou poistnej zmluvy.

Pre potreby tohoto poistenia sa vyhotoví zoznam poistených osôb, na ktorom bude uvedené:

- meno a priezvisko
- rodné číslo, resp. dátum narodenia
- adresa bydliska
- celková výška poistného

## **III. Začiatok a koniec poistenia**

Poistenie začína dňom, nasledujúcim po dni uzatvorenia poistnej zmluvy, najskôr však 01.09. príslušného kalendárneho roka.

Poistenie končí 31.08. roka, uvedeného v poistnej zmluve ako koniec poistenia.

Poistenie zanikne aj ukončením registrácie žiaka u poisťníka, ukončením pracovno-právneho pomeru alebo zánikom poistnej zmluvy, podľa toho čo nastane skôr.

## **IV. Poistné**

Výška poistného pre variant A je : **2,32 EUR** na osobu,  
pre variant B je : **4,32 EUR** na osobu

Poistenie sa uzatvára na dobu jedného roka.

Poistné sa platí v rovnakej výške bez ohľadu na to, kedy poistený vstúpil do poistenia. Nespotrebované poistné sa nevracia.

Škola je povinná vyhotoviť menný zoznam poistených a uhradiť za nich poistné. V priebehu roka je možné zoznam aktualizovať. V aktualizácii je potrebné uviesť prírastok alebo úbytok poistených v tvare podľa čl.II. Platnosť poistenia pre poistených, uvedených v aktualizovanom zozname, začína odo dňa doručenia tohoto zoznamu poisťiteľovi.

Poistné sa hradí vopred na celú poistnú dobu, vždy do 30.09. kalendárneho roka.

Poistné bude uhrádzané v mene EUR prevodným príkazom na číslo účtu:

**ROZSAH NÁROKOV A DOJEDNANÍ K- ŠKOLE (4801)**  
**DODATOK K POISTNEJ ZMLUVE PRE SKUPINOVÉ ÚRAZOVÉ POISTENIE**  
Číslo:

Peňažný ústav	IBAN	BIC kód = SWIFT
Prima banka Slovensko, a.s.	SK87 5600 0000 0012 0022 2008	KOMASK2X
SLSP, a.s.	SK28 0900 0000 0001 7819 5386	GIBASKBX
Tatra banka, a.s.	SK60 1100 0000 0026 2322 5520	TATRSKBX

Ako variabilný symbol sa uvedie číslo poistnej zmluvy.

**V.Ostatné dojednania**

Poistovateľ oboznámi poistníka so všetkými skutočnosťami, týkajúcimi sa poistenia osôb, s právami a povinnosťami poistených v zmysle tejto zmluvy, ako aj so spôsobom spolupráce v prípade poistnej udalosti.

Poistník je povinný viesť evidenciu úrazov, na základe ktorej musí potvrdiť, že došlo k úrazu v súvislosti so školskou činnosťou – v priestoroch školy, školského areálu, alebo na akciách poriadaných školou.

Ten, komu z poistenia vznikne právo na plnenie, je povinný ihneď uvedenú skutočnosť oznámiť zodpovednému pracovníkovi školy, ktorý mu vydá Potvrdenie o úraze a zároveň poisťovateľovi písomne oznámiť na tlačive Oznámenie poistnej udalosti, že utrpel úraz. K písomnému oznámeniu je povinný priložiť Potvrdenie o úraze.

Poistovateľ zabezpečí, že s poistnými podmienkami pre toto poistenie budú poistené osoby oboznámené.

**VI.Záverečné ustanovenia**

Akákoľvek zmena alebo ďalší dodatok k zmluve musia byť vyhotovené písomnou formou.

.....  
podpis sprostredkovateľa poistenia

.....  
podpis poistníka

V ..... dňa .....  
L. HRÁDOK 31.8.2018



**VYHLÁSENIE POISTNÍKA**Meno a priezvisko: **Pavel Beťko**

Dolu podpísaný, týmto ako poistník na poistnej zmluve č. návrhu

4	8	0	1	9	0	1	6	3	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**VYHLASUJEM**

a svojím podpisom jednoznačne a nespochybniteľne potvrdzujem, že som s dostatočným časovým predstihom pred uzatvorením poistnej zmluvy bol písomne oboznámený s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatváraného poistenia a prevzal som predzmluvný dokument:

- ☐ Dokument s kľúčovými informáciami (KID),
- ☐ Informácie o konkrétnom fonde,
- ☒ Formulár o dôležitých zmluvných podmienkach uzatváratej poistnej zmluvy,
- ☒ Informačný dokument o poistnom produkte (IPID).

v **Liptovský Hrádok**

dňa

3	1	0	8	2	0	1	8
---	---	---	---	---	---	---	---



podpis poistníka