



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 poistnej zmluvy **4801 902354**

získateľské číslo sprostredkovateľa **1003835075**

POISTNÍK

Názov firmy/Zriaďovateľ školy
 Základná škola s materskou školou, Adama Františka Kollára

Trvalá adresa (ulica, číslo domu, mesto)/Sídlo
 Školská 86 PSČ 0 1 3 0 6

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
 4 2 0 6 4 8 7 2 SR 0910986226

Štatutárny zástupca (priezvisko, meno, titul)
 Opáľková Renáta Mgr.

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 0 1 0 9 2 0 2 1 Koniec poistenia 3 1 0 8 2 0 2 2 Interval platenia (poistné obdobie) jednorazovo

Spôsob platenia príkazom z účtu č.: IBAN SK58560000000000000000303937001 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 1,09 EUR
Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	Poistná suma 1 500,00 EUR	Jednorazové poistné 3,09 EUR
Počet osôb		Jednorazové poistné za 1 poistenú osobu 4,18 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	Poistná suma 3 000,00 EUR	Jednorazové poistné 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	Poistná suma 6 000,00 EUR	Jednorazové poistné EUR
Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	Poistná suma 3 000,00 EUR	Jednorazové poistné EUR
Materiálna škoda spôsobená dieťaťu v školskom zariadení	MS	Poistná suma 300,00 EUR	Jednorazové poistné EUR
Zodpovednosť za materiálnu škodu spôsobenú dieťaťom školskému zariadeniu	ZMS	Poistná suma 300,00 EUR	Jednorazové poistné 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	1942,93 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	155,43 EUR
			Celkové jednorazové poisťné vrátane dane ¹	2098,36 EUR

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.

pade zneužitia účtu alebo neoznámenej zmeny účtu nenesie poisťovnía zodpovednosť za prípadnú vzniknutú škodu.

Pre toto poistenie platia príslušné ustanovenia Občianskeho zákonníka, Všeobecné poisťné podmienky pre úrazové poistenie (VPP 1000-8), Osobitné poisťné podmienky pre pripoistenie materiálnej škody (OPP 2800-2) a Rozsah nárokov a dojednaní, ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou poisťnej zmluvy.


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

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.

Poisťovnía 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
(štatutárneho zástupcu)

ZÁKLADNÁ ŠKOLA S MATERSKOU ŠKOLOU
ADAMA FRANTIŠKA KOLLÁRA
Školská 86
TERCHOVÁ
-1-


podpis poisťníka (štatutárneho zástupcu)

HH900009
totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP

odtlačok pečiatky právnickej osoby

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia
(meno čitateľne)

Mária Danišková

údajov a v mene poisťovne uzatváram poisťnú zmluvu.

v

Žilina

dňa

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

svojím podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených

KOMUNÁLNA
POISŤOVŇA

VIENNA INSURANCE GROUP

KOMUNÁLNA poisťovnía, a.s.

podpis poisťníka (štatutárneho zástupcu)

Štefánikova 17, 811 05 Bratislava

IČO: 31 595 545. IČ DPH: SK7020000746 (10%) dňa 30.06.2020