

Číslo návrhu:



* 9 9 8 3 5 5 3 7 6 3 *

Allianz 
Slovenská poisťovňa

Poistenie pre prípad krádeže vecí žiakov

Poisťovateľ Allianz - Slovenská poisťovňa, a. s., Dostojevského rad 4, 815 74 Bratislava 1, IČO: 00 151 700,
IČ DPH: 2020374862, zapísaná v obch. registri Okresného súdu Bratislava 1, odd.: Sa, vložka č. 196/B

Poistník Druh školy: MŠ jasle / MŠ základná stredná vysoká

Rodné číslo/ IČO Telefón

Priezvisko /
obchodné meno Titul pred
Meno menom Titul za
menom

Ulica Súp.č. Or.č.

Obec PSČ

E-mail Heslo

Kontaktná adresa

Priezvisko /
obchodné meno

Meno Titul pred
menom Titul za
menom

Ulica Súp.č. Or.č.

Obec PSČ

Poistený subjekt (škola) Druh školy: MŠ jasle / MŠ základná stredná vysoká

Rodné číslo/ IČO Telefón

Obchodné meno Titul pred
Meno menom Titul za
menom

Ulica Súp.č. Or.č.

Obec PSČ

E-mail

Poistený (vyplní sa len pri individuálne dojednanom poistení)

Rodné číslo/ IČO Telefón

Priezvisko

Meno Titul pred
menom Titul za
menom

Ulica Súp.č. Or.č.

Obec PSČ

E-mail



F 3 R C 3 0 9 3 0 1 U

TI. č. 3093/3m - III./2015
strana 1 z 3

Deň uzavretia poisťnej zmluvy

Začiatok poistenia (najskôr nasledujúci deň po dni uzavretia zmluvy)

Koniec poistenia (najbližšie nasledujúceho školského roka po dni uzavretia zmluvy)

12 . 10 . 2015

13 . 10 . 2015

15 . 10 . 2016

Spôsob platenia jednorazové

x

Prvé poistné

poštovým
peňažným
poukazombankovým
prevodom

X

v hotovosti

3 3 3

Inkasný doklad číslo

Poistenie sa dojednáva pre:

	Poistná suma/1 osoba	Poistné/1 osoba	Počet poistených ¹⁾	Poistné v EUR
<input checked="" type="checkbox"/> všetkých žiakov školy ²⁾	35,00	0,50	63	31,50
<input type="checkbox"/> všetkých žiakov triedy/fakulty ²⁾				
<input type="checkbox"/> žiakov podľa zoznamu ³⁾	podľa zoznamu	podľa zoznamu	podľa zoznamu	
<input type="checkbox"/> zamestnanov podľa zoznamu ³⁾	podľa zoznamu	podľa zoznamu	podľa zoznamu	
<input type="checkbox"/> jedného žiaka / zamestnanca ⁴⁾				
			Poistné spolu	31,50

1) podľa evidencie v deň uzavretia PZ

2) rovnaká PS pre všetkých

3) na každú PS samostatný zoznam

4) vyplní sa len pri individuálne dojednanom poistení

Poistenie pre prípad krádeže vecí žiakov dojednané touto poisťnou zmluvou sa riadi Všeobecnými poisťnými podmienkami pre prípad krádeže vecí žiakov zo dňa 15.05.2015.

Spracovanie osobných údajov:

Poisťník 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. Poisťník týmto vyhlasuje, že je oboznámený so všetkými skutočnosťami vyplývajúcimi z § 15 ods. 1 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o ochrane osobných údajov“). Poisťník svojím podpisom na poisťnej zmluve dáva súhlas, aby si poisťovateľ splnil oznamovaciu povinnosť podľa § 15 a § 8 zákona o ochrane osobných údajov zverejnením znenia tejto oznamovacej povinnosti na svojom webovom sídle. Poisťovateľ za týmto účelom na webovom sídle zverejňuje zoznam sprostredkovateľov a tretích strán, pričom zmena zoznamu je účinná dňom zverejnenia zmeny na webovom sídle. Poisťník dáva poisťovateľovi súhlas so sprístupňovaním/poskytovaním týchto údajov v nevyhnutnom rozsahu tretím stranám a s ich spracúvaním tretími stranami v súvislosti so správou poistenia, likvidáciou poisťných udalostí, vymáhaním pohľadávok a zaistovníam za účelom zaistenia; súhlas sa udeľuje na dobu do vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poisťnej zmluvy a počas tejto doby nie je možné ho účinne odvolať. Pre prípad, že sú v poisťnej zmluve uvedené osobné údaje inej osoby, poisťník vyhlasuje, že dotknuté osoby, ktorých osobné údaje poskytol, udelili predchádzajúci písomný súhlas so spracúvaním svojich osobných údajov na účely poisťnej zmluvy. Poisťník je povinný preukázať poisťovateľovi kedykoľvek na jeho žiadosť, že disponuje uvedeným písomným súhlasom dotknutých osôb.

Poisťník svojím podpisom na tejto poisťnej zmluve dáva poisťovateľovi dobrovoľný súhlas so spracúvaním svojich osobných údajov na účely marketingu, reklamy a komerčnej komunikácie, v rozsahu: titul, meno, priezvisko, adresa, telefónne číslo, adresa elektronickej pošty, a to s platnosťou do jeho písomného odvolania. Poisťník súčasne súhlasí so zasielaním korešpondencie poisťovateľa na účely marketingu, reklamy a komerčnej komunikácie formou elektronickej pošty alebo formou služieb krátkych správ. Poisťník berie na vedomie, že súhlas môže kedykoľvek odvolať, a to písomným oznámením adresovaným poisťovateľovi.

Vyhlásenie poisťníka:

Poisťník vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že všetky uvedené údaje sú úplné, pravdivé a nezamiechal žiadnu skutočnosť týkajúcu sa poistenia dojednaného touto poisťnou zmluvou.

Poisťník berie na vedomie, že k uzavretiu poisťnej zmluvy, ktorej predmetom je Poistenie pre prípad krádeže vecí žiakov,



F 3 R C 3 0 9 3 0 2 V

dochádza jej podpísaním oboma zmluvnými stranami. Poistovateľ poistníkovi ako potvrdenie uzavretia poistnej zmluvy doručí poistku pre Poistenie pre prípad krádeže vecí žiakov.

Táto poistná zmluva je vyhotovená v troch vyhotoveniach, jeden originál a dve kópie, pričom originál dostane poistovateľ, poistník a oprávnený zástupca poistovateľa dostanú každý jednu kópiu.

Poistník vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že v písomnej forme prevzal Všeobecné poistné podmienky pre prípad krádeže vecí žiakov a že bol oboznámený s obsahom a v písomnej forme prevzal Informáciu o podmienkach uzavretia poistnej zmluvy Poistenie pre prípad krádeže vecí žiakov.

Poistník vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že v zmysle zákona č. 297/2008 Z. z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a ochrane pred financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov poistnú zmluvu uzaviera vo vlastnom mene:

Áno Nie, uzavretá v mene _____

Počet príloh Poznámky

Počet príloh	Poznámky

MAJESTILSKÝ
UL. KESTROVA 17, 031 01 LIPT. MĽKULÁČ

Elena

Meno, priezvisko a podpis poistníka
(štat. zástupca, resp. ním poverená osoba)

Meno, priezvisko a podpis poisteného
subjektu, ak je iný než poistník
(štat. zástupca, resp. ním poverená osoba)

Podpis poisteného

Albanz - Slovenská poisťovňa, a.s.
Pobočka Štúrova 17, 031 01 Lipt. MĽKULÁČ
Mgr. Elena Dorniaková / 37133
Pod Dielom 81, 031 06 Lipt. MĽKULÁČ
Tel.: 044/552 23 83
Mobil: 0908 234 888

Podpis oprávneného zástupcu
poistovateľa (odtlačok pečiatky)

Získateľské číslo
oprávneného zástupcu
poistovateľa 1

00037133

MA číslo spolupracovníka

Priezvisko a meno / obchodné meno

DORNIAKOVÁ ELENA

Priezvisko a meno spolupracovníka

Telefón

0908234896

Získateľské číslo oprávneného zástupcu poistovateľa 2

Informáciu potrebnú pre realizáciu platby prvého poistného dostanete od oprávneného zástupcu poistovateľa.

Poistné uhrádzajte na účet v Tatra banke, a.s., číslo účtu: 2626006702/1100, IBAN: SK17 1100 0000 0026 2600 6702, BIC: TATRKBX. Ako variabilný symbol uvádzajte číslo návrhu poistnej zmluvy alebo číslo poistnej zmluvy z potvrdenia o poistení (poistky).



F3RC309303W