GENERALI

Poistenie Školák

9999350149

Označenie výberu ☒

Pri ručnom vypĺňovaní používajte veľké písmená. Tlačivo vyplňujte čitateľne čiernym alebo modrým perom podľa predpísaného vzoru písma. Rukou písaný text nesmie v žiadnom prípade presahovať predtlačený rámik.

A Á Ä B C Č D Ď E É F G H I Í J K L Ľ M N Ň O Ó Ô Ö P Q R Ŕ S Š T Ť U Ú Ü V W X Y Ý Z Ž 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Generali Poisťovňa, a. s., Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 35 709 332, DIČ 2021000487, IČ DPH: SK2021000487, www. generali.sk, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č.: 1325/B. Spoločnosť patrí do skupiny Generali, ktorá je uvedená v talianskom zozname skupín poisťovní vedenom IVASS (ďalej len „poisťovateľ") . Poisťovateľ uzatvára s poistníkom poistnú zmluvu číslo: **2401537288**

A. POISTNÍK (tiež poistený pokiaľ je zároveň poistníkom)

Názov školy/Názov organizácie: MATERSKA SKOLA — IČO: 00332305

Ulica: — Číslo: 35 — PSČ: 09301

Obec: CICAVA — Telefón/Mobilný telefón: / 0917151816

Priezvisko, meno a titul osoby oprávnenej konať za poistníka v mene školy: REDKOVA KATARINA — Pracovná pozícia: RIADITELKA

Ulica trvalého bydliska: CICAVA — Číslo: 31 — PSČ: 09301

Ulica: — Telefón/Mobilný telefón: / 0917151816

B. ÚDAJE O ŠKOLE (potrebné vyplniť len v prípade, ak škola nemá právnu subjektivitu)

Názov školy/Názov organizácie: MATERSKA SKOLA — IČO: 00323305

Ulica: — Číslo: 35 — PSČ: 09301

Obec: CICAVA — Telefón/Mobilný telefón: /

C. POISTENÉ OSOBY: žiaci a zamestnanci školy sú menovite uvedení v zozname, ktorý je neoddeliteľnou súčasťou poistnej zmluvy.

Počet žiakov: 24 — Počet poistených zamestnancov školy: 5

D. OPRÁVNENÉ OSOBY

V prípade smrti: osoby podľa § 817 Občianskeho zákonníka

V prípade trvalých následkov, denného odškodného za dobu nevyhnutného liečenia, dennej dávky pri hospitalizácii a zlomenín kostí: poistená osoba, resp. zákonný zástupca poistenej osoby

E. ÚDAJE O SKUPINOVOM ÚRAZOVOM POISTENÍ

Začiatok poistenia: 1.11.2016 (ddmmrrrr) — **Kód produktu:** SKOM

Poistná doba: 1 rok s automatickou prolongáciou

	Skupina 1: Zamestnanci – Poistná suma (€)	Poistné za 1 osobu (€)
Smrť následkom úrazom	3000,00	1,20
Trvalé následky - progresívne plnenie	3000,00	1,80
Trvalé následky - lineárne plnenie		
Denné odškodné za dobu nevyhnutného liečenia úrazu od 8. dňa	1,00	2,40
Denná dávka pri hospitalizácii		
Ročné poistné za 1 osobu spolu		5,40
Ročné poistné za skupinu		27,00

	Skupina 2: Žiaci (žiaci sú zaradení do rizikovej skupiny: ☐ (1, 2, 3, 4, 5)) – Poistná suma (€)	Poistné za 1 osobu (€)
Smrť následkom úrazom	1000,00	
Trvalé následky - progresívne plnenie	5000,00	
Trvalé následky - lineárne plnenie		
Denné odškodné za dobu nevyhnutného liečenia úrazu od 8. dňa	3,00	
Denná dávka pri hospitalizácii	2,00	
Ročné poistné za 1 osobu spolu		4,00
Ročné poistné za skupinu		96,00
Celkové ročné poistné za skupinu 1 a skupinu 2 (EUR)		123,00

V úrazovom poistení detí do 18 rokov je zadarmo zahrnuté aj poistenie úplných zlomenín. Poistné plnenie za zlomeniny sa deťom vypláca vo výške 40 EUR za úplné zlomeniny dlhých kostí, kostí lebečných a panvy a vo výške 20 EUR za ostatné zlomeniny. Maximálne poistné plnenie je 60 EUR na jednu poistnú udalosť.

Celkové poistné za poistné obdobie (EUR)	123,00

F. PLATENIE POISTNÉHO

SPÔSOB PLATENIA:
Celkové bežné poistné bude poistník platiť:
☐ poštovou poukážkou ☒ príkazom na úhradu na účet Generali Poisťovňa, a.s.

FREKVENCIA PLATENIA:
Poistník je povinný platiť poistné v dohodnutých obdobiach:
☒ ročne ☐ polročne

Číslo bankového účtu (Uveďte pri každom spôsobe platenia)

Kód banky — **SWIFT/BIC**

IBAN

G. ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA A VYHLÁSENIA POISTNÍKA/POISTENÝCH

Potvrdenie zástupcu poisťovateľa povereného uzatvorením poistnej zmluvy:
Svojim podpisom na tejto poistnej zmluve potvrdzujem, že som overil totožnosť klienta podľa dokladu preukazujúceho totožnosť. Vyhlásenia, súhlasy a potvrdenia poistníka a poistených na zadnej strane tejto zmluvy tvoria jej neoddeliteľnú súčasť a majú rovnaké právne účinky ako ustanovenia obsiahnuté pred časťou poistnej zmluvy určenej na podpisy.

V: CICAVE dňa 27.04.2016
(dátum uzatvorenia poistnej zmluvy)

Podpis poistníka /osoby oprávnenej konať v mene poistníka

Podpis zástupcu poisťovateľa povereného uzatvorením poistnej zmluvy

Štátna príslušnosť osoby oprávnenej konať v mene poistníka: SR

Číslo OP alebo pasu osoby oprávnenej konať v mene poistníka: ST 531005

H. ZÁSTUPCA POISŤOVATEĽA POVERENÝ UZATVORENÍM POISTNEJ ZMLUVY

Meno a priezvisko: MARIANA CHOVANCOVA — Osobné číslo: — Telefonický kontakt: 0908573716

Získateľské číslo 1: 80023137 — 100 %

Získateľské číslo 2: — %

Kód akcie

Úhrada poistného: číslo účtu 0048 134 112/0200 variabilný symbol: číslo poistnej zmluvy, IBAN: SK350200 000000 0048134112, BIC SUBASKBX