



7004

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 902717**

ziskateľské číslo  
sprostredkovateľa **307299**

POISTNÍK

Názov firmy/Zriaďovateľ školy  
Obec Ducové - materská škola

Trvalá adresa (ulica, číslo domu, mesto)/Sídlo  
Ducové 121, Moravany nad Váhom

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

Dátum narodenia  Rodné číslo/ IČO  Štátna príslušnosť  Mobilný telefón/Tel. kontakt

Štatutárny zástupca (priezvisko, meno, titul)  
Mária Koláriková - starostka

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)

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

		Poistná suma	Jednorazové poistné
Trvalé následky úrazu	TNU	3 000,00 EUR	1,04 EUR
Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	1 500,00 EUR	2,96 EUR
Počet osôb		Jednorazové poistné za 1 poistenú osobu	4,00 EUR
<input type="text" value="21"/>		Jednorazové poistné za skupinu	84,00 EUR

VARIANT B

		Poistná suma	Jednorazové poistné
Trvalé následky úrazu	TNU	6 000,00 EUR	EUR
Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	3 000,00 EUR	EUR
Počet osôb		Jednorazové poistné za 1 poistenú osobu	EUR
<input type="text"/>		Jednorazové poistné za skupinu	EUR

VARIANT C

		Poistná suma	Jednorazové poistné
Smrť následkom úrazu	SNU	3 000,00 EUR	EUR
Trvalé následky úrazu	TNU	6 000,00 EUR	EUR
Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu	ČNL	3 000,00 EUR	EUR
Materiálna škoda spôsobená dieťaťu v školskom zariadení	MS	300,00 EUR	EUR
Zodpovednosť za materiálnu škodu spôsobenú dieťaťom školskému zariadeniu	ZMS	300,00 EUR	EUR
Detské zlomeniny	DZ		
Počet osôb		Jednorazové poistné za 1 poistenú osobu	EUR
<input type="text"/>		Jednorazové poistné za skupinu	EUR

<b>PEŇAŽNÝ ÚSTAV POISŤOVNE:</b>	<b>ČÍSLO ÚČTU IBAN / SWIFT (BIC) KÓD BANKY:</b>	<b>POISŤNÉ</b>	Celkové jednorazové poistné bez dane <sup>1</sup>	77,78 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 <sup>1</sup>	6,22 EUR
			Celkové jednorazové poistné vrátane dane <sup>1</sup>	84,00 EUR

Poistné za poskytované poistné krytie sa považuje za uhradené pripísaním poistného, vrátane dane z poistenia<sup>1</sup> na účet poisťovne.

<sup>1</sup> 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 poisťovní, prípadne nahlásiť formou originálneho potvrdenia banky účet iný. V prí-

Poistník svojím podpisom potvrdzuje, že s dostatočným časovým predstihom pred uzatvorením 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 uzatvorením 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.


pade zneužitia účtu alebo neoznámia zmeny účtu nenesie poisťovňa zodpovednosť za prípadnú vzniknutú škodu.

Pre toto poistenie platia príslušné ustanovenia Občianskeho zákonníka, Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie (VPP 1000-8), Osobitné poistné podmienky pre pripoistenie materiálnej škody (OPP 2800-2) a Rozsah nárokov a dojednaní, 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.

V prípade, ak poistník a poistená osoba nie sú totožné osoby, poistník svojím podpisom prehlasuje, že má oprávnenie poskytnúť poisťovní 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](http://www.kpas.sk).

  
podpis poistníka  
(štátutárneho zástupcu)



podpis poistníka (štátutárneho zástupcu)

OP : HC590010

totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP



odtlačok pečiatky právnickej osoby

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia  
(meno čitateľne)

Eva Ryšavá

údajov a v mene poisťovne uzatváram poistnú zmluvu.

v Piešťanoch

dňa

0 2 1 0 2 0 2 0

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

**KOMUNÁLNA  
POISŤOVŇA**  
VIENNA INSURANCE GROUP

podpis štátutárneho zástupcu  
KOMUNÁLNA POISŤOVŇA, a.s.

Vienna Insurance Group

Štefánikova 17, 811 05 Bratislava Platné od 30.06.2020

IČO: 31 595 549, IČ DPH: SK7020000746 (96)