



7004

KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group
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 „poisťovňa“).

číslo poistnej zmluvy **4801902546**
ziskateľské číslo sprostredkovateľa **554**

POISTNÍK

Názov firmy/Zriaďovateľ školy
OBEC ĽUBÁ

Trvalá adresa (ulica, číslo domu, mesto)/Sídlo
OcÚ ĽUBÁ č.79

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

Dátum narodenia Rodné číslo/ IČO Štátna príslušnosť Mobilný telefón/Tel. kontakt
0 0 3 0 9 0 5 2 SK +42136/752 0660

Štatutárny zástupca (priezvisko, meno, titul)
Silvia Esztregályosová starostka obce Ľubá

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 6 0 9 2 0 2 2 Koniec poistenia 3 0 0 6 2 0 2 3 Interval platenia (poistné obdobie) jednorazovo

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 14	Jednorazové poistné za 1 poistenú osobu	4,00 EUR
	Jednorazové poistné za skupinu	56,00 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
	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
	Jednorazové poistné za skupinu	EUR

MAŽNÝ ÚSTAV POISTOVNE:

ČÍSLO ÚČTU IBAN (SWIFT) (OPIS)

Prima banka Slovensko, a.s.
SLSP, a.s.
Tatra banka, a.s.

POISTNÉ

Celkové jednorazové poistné bez dane ¹	51,85 EUR
Daň z poistenia ¹	4,15 EUR
Celkové jednorazové poistné vrátane dane ¹	56,00 EUR

Poistné za poskytované poist

stného, 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

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 poisťovni, prípadne nahlásiť formou originálneho potvrdenia banky účet iný. V prí-

pade zneužitia účtu alebo neoznámenia 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.

1. Poistník svojím podpisom prehlasuje, že:

- a) bol s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poistnej zmluvy písomne oboznámený s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatvárajanej poistnej zmluvy prostredníctvom Informačného dokumentu o poistnom produkte (IPID), ktorý prevzal,
- b) bol s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poistnej zmluvy písomne oboznámený vo vzťahu k uzatvárajanej poistnej zmluve s informáciami o jednotlivých zložkách poistného, a to prostredníctvom Informačného formulára k neživotnému poisteniu a životnému poisteniu bez odkupnej hodnoty (ďalej len „Formulár“) a tiež prehlasuje, že Formulár prevzal v písomnej podobe,
- c) bol pred uzavretím poistnej zmluvy oboznámený so znením vyššie uvedených všeobecných poistných podmienok, osobitných poistných podmienok a rozsahu nárokov a dojednaní platných pre toto poistenie, ktoré následne aj prevzal v písomnej podobe.

2. V prípade, ak poistník a poistená osoba nie sú totožné osoby, poistník svojím podpisom prehlasuje, že má oprávnenie poskytnúť poisťovni 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.

3. Poisťovňa informuje poistníka a poisteného, 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 a poistený prehlasujú, že sa oboznámili s informáciami o spracúvaní jeho osobných údajov podľa Nariadenia, vrátane informácií o jeho právach. Zároveň berú na vedomie, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť aj na webovej stránke poisťovne www.kpas.sk v časti Ochrana osobných údajov (www.kpas.sk/stranka/ochrana-osobnych-udajov).

Podpis poistníka
(statutárneho zástupcu)

Podpis poistníka

TOŽNOSŤ OVERYENIA
podľa čísla OP alebo CP

odtlačok pečiatky právnickej osoby

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia (meno čitateľne) Mária Hrdáková, svojím podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených údajov a v mene poisťovne uzatváram poistnú zmluvu.

PKF - Prvá Komunitná Poisťovňa, s.r.o.

Samova 11, 010 01

v Lubej

dňa 05.09.2022