



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 902303**

získateľské číslo  
sprostredkovateľa **105646**

POISTNÍK

Názov firmy/Zriaďovateľ školy

Obec Lekárovce

Trvalá adresa (ulica, číslo domu, mesto)/Sídlo

Lekárovce 305

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

Dátum narodenia

Rodné číslo/ IČO

Štátna príslušnosť

Mobilný telefón/Tel. kontakt

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3 2 5 4 2 2

sk

0566590238

Štatutárny zástupca (priezvisko, meno, titul)

Halajčík

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 1 1 2 0 2 0

Koniec poistenia

3 1 0 8 2 0 2 1

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

Trvalé následky úrazu

TNU

Poistná suma

3 000,00 EUR

Jednorazové poistné

EUR

Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu

ČNL

1 500,00 EUR

EUR

Počet osôb

3

Jednorazové poistné za 1 poistenú osobu

4 EUR

Jednorazové poistné za skupinu

12 EUR

VARIANT B

Trvalé následky úrazu

TNU

Poistná suma

6 000,00 EUR

Jednorazové poistné

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

Smrť následkom úrazu

SNU

Poistná suma

3 000,00 EUR

Jednorazové poistné

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

**PEŇAŽNÝ ÚSTAV POISŤOVNE: ČÍSLO ÚČTU IBAN / SWIFT (BIC) KÓD BANKY:**

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 / TATRKBX

POISŤNÉ

Celkové jednorazové poistné bez dane <sup>1</sup>	11,11 EUR
Daň z poistenia <sup>1</sup>	0,89 EUR
Celkové jednorazové poistné vrátane dane <sup>1</sup>	12,00 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.

**Záverčné 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 uzavretím 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 uzavretím 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 neoznámenej 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).

OBEC LEKÁROVCE  
072 54  
IČO: 00325422  
DIČ: 2020740865

podpis poistníka  
(štatutárneho zástupcu)

OBEC LEKÁROVCE

podpis poistníka (štatutárneho zástupcu)

totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP

**Ing. Jozef Čermák**

OBEC LEKÁROVCE  
072 54  
IČO: 00325422  
DIČ: 2020740865

odtlačok pečiatky právnickej osoby

svojím podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených

podpis sprostredkovateľa poistenia

**KOMUNÁLNA POISŤOVŇA**

VIENNA INSURANCE GROUP

KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s.

Vienna Insurance Group

Štefánikova 17 811 05 Bratislava

IČO: 31 595 545 IČ DPH: SK7920000746 (140)

Lekárovce

2 9 1 0 2 0 2 0