

Číslo návrhu:

ID - kód  
nevpisovať



\* 9 9 8 3 5 6 1 7 1 3 \*

### Skupinové úrazové poistenie pre školy

**Poistovateľ** 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** Typ školy:  A: bežná  B: športová  C: 24-hodinová

Rodné číslo/ IČO 34843814 Telefón 0534699273

Priezvisko / obchodné meno ZÁKLADNÁ ŠKOLA

Meno Titul pred menom Titul za menom

Ulica PALEZOVO NÁMESTIE Súp.č. 9 Or.č.

Obec SPIŠSKÉ PODHRADIE PSČ 05304

E-mail direktor

@zspabnam.sk Heslo

#### Kontaktná adresa

Priezvisko / obchodné meno

Meno Titul pred menom Titul za menom

Ulica Súp.č. Or.č.

Obec PSČ

#### Poistený subjekt (škola) (vyplní sa v prípade, ak je odlišný od osoby poistníka)

Typ školy:  A: bežná  B: športová  C: 24-hodinová

Rodné číslo/ IČO Telefón

Obchodné meno

Meno Titul pred menom Titul za menom

Ulica Súp.č. Or.č.

Obec PSČ

E-mail

@

**Poistená osoba** Poistenou osobou je osoba zaradená do okruhu poistených osôb definovaného nižšie.

**Oprávnené osoby** Po úmrtí poistenej osoby má nárok na výplatu poistného plnenia osoba určená Občianskym zákonníkom § 817 ods. 2 a 3.

**Deň uzavretia poistnej zmluvy** **Začiatok poistenia** (najskôr nasledujúci deň po dni uzavretia zmluvy) **Koniec poistenia** (najbližšie nasledujúceho školského roka po dni uzavretia zmluvy)

29 . 03 . 2014 01 . 04 . 2014 15 . 10 . 2014

**Spôsob platenia** jednorazové

**Prvé poistné** poštovým peňažným poukazom  bankovým prevodom  v hotovosti  3 3 3 Inkasný doklad číslo



