

KOMUNÁLNA poist'ovňa, a.s. Vienna Insurance Group, Štefánikova 17, 811 05 Bratislava

podľa ustanovenia § 788 a nasl. Občianskeho zákonníka

s účinnosťou

od

0	6	0	4	2	0	1	6
---	---	---	---	---	---	---	---

do

3	0	0	9	2	0	1	6
---	---	---	---	---	---	---	---

uzaviera

ÚRAZOVÉ POISTENIE UCHÁDZAČOV O ZAMESTNANIE

počas aktívnej činnosti formou menších obecných služieb pre obec
alebo formou menších služieb pre samosprávny kraj

číslo

5	1	9	0	0	1	8	2	5	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

s

Obec Olcnava

Poistník (obec /
samosprávny kraj)

Jarná 2

adresa

00329436

IČO

**IBAN: SK74 5600 0000 0034 4176
1001**

bankové spojenie

+421534495628

číslo telefónu

zastúpený

Jaroslavom Salajom, starostom

Primátorom mesta, starostom obce,
predsedom VÚC

Touto poisťnou zmluvou uzaviera poisťník úrazové poistenie v prospech uchádzačov o zamestnanie, nahlásených na príslušný úrad práce, sociálnych vecí a rodiny ako osoby pre výkon menších obecných služieb pre obec alebo menších služieb pre samosprávny kraj podľa § 52 zákona č. 5/2004 Z.z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 398/2006 Z.z. a zákona č. 330/2008 Z.z. (ďalej len „zákon o službách zamestnanosti“).

Poistenie sa vzťahuje na uvedené osoby pri plnení pracovných úloh počas vykonávania menších obecných služieb pre obec alebo menších služieb pre samosprávny kraj v súlade s § 52 zákona č. 5/2004 Z.z. a o zmene a doplnení niektorých zákonov o službách zamestnanosti a na poistenie sa vzťahujú Všeobecné poisťné podmienky pre úrazové poistenie (VPP 1 000-1), ktoré sú súčasťou tejto poisťnej zmluvy.

Každá osoba, ktorá spĺňa podmienky tejto poisťnej zmluvy je poistená na nasledovné dojednané riziká a poisťné sumy úrazového poistenia:

	Poisťná suma	Poisťné
- Smrť následkom úrazu	3 320 EUR	1,46 EUR
- Trvalé následky úrazu – príslušné % zo sumy	1 660 EUR	0,73 EUR
- Plná invalidita následkom úrazu	1 660 EUR	0,73 EUR
- Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu – príslušné % zo sumy	830 EUR	0,33 EUR

Jednorazové poisťné

Počet pracovných miest				Jednorazové poisťné	
Výsledné poisťné	počet poisťných pracovných miest 3	x	poisťné na 1 pracovné miesto 3,25 EUR	=	9,75 EUR

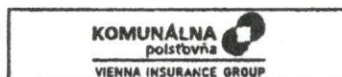
Zmluvné dojednania

- Poistenie sa dojednáva na dobu určitú. Účinnosť nadobúda nultou hodinou dňa dojednaného v poisťnej zmluve ako začiatok poistenia, najskôr však od 0:00 hodiny dňa nasledujúceho po dni uzavretia poisťnej zmluvy a končí najneskôr o 24.00 hodine dňa uvedeného ako koniec poistenia. Poisťná doba je maximálne 12 mesiacov.
- Poisťné je splatné jednorazovo najneskôr v deň účinnosti poisťnej zmluvy.
- Touto poisťnou zmluvou je krytý v zmluve uvedený počet pracovných miest zvýšený maximálne v troch mesiacoch počas poisťného obdobia o 20 %. V prípade prekročenia tohto limitu je poisťník povinný požiadať o dopoistenie týchto pracovných miest.
- Škodovú udalosť je obec povinná hlásiť písomne do 48 hodín od jej vzniku na predpísanom tlačíve na adresu: KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group, Štefánikova 17, 811 05 Bratislava. Náhradu škody rieši poisťovňa priamo s poškodeným.
- Výluky z poistenia - poistenie sa nevzťahuje na:
 - úraz, ktorý poisťený neutrpel v priamej súvislosti s výkonom menších obecných služieb organizovaných obcou alebo samosprávnym krajom,
 - úraz, ktorý utrpel na ceste do miesta výkonu práce a späť,
 - úraz, ku ktorému došlo pri práci vo výškach alebo pri obsluhu strojov a zariadení, na ktoré nemal poisťený potrebnú kvalifikáciu, prípadne školenie.
- Prehlásenie poisťníka:
 - Poisťník podpisom poisťnej zmluvy dáva súhlas na spracovanie osobných údajov v informačnom systéme poisťovne na účely priameho marketingu poisťovne (najmä informácie o novinkách, akciách a zľavách, ako aj o súťažiach, poisťných produktoch, poskytovaných online službách a pod.) po dobu trvania poisťného vzťahu: [X] ÁNO / [] NIE.
 - Poisťovňa informuje poisťníka, že jeho osobné údaje spracúva podľa § 10 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v spojení s § 47 zákona č. 8/2008 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Poisťník prehlasuje, že mu boli vopred poskytnuté údaje v zmysle § 15 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov a bol ako dotknutá osoba poučený o svojich právach uvedených v § 28 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Zároveň berie na vedomie, že text poučenia je možné nájsť aj na webovej stránke poisťovne.
 - Poisťník vyhlasuje, že všetky odpovede na otázky poisťovne týkajúce sa poistenia a všetky ďalšie uvedené údaje sú pravdivé a úplné a zaväzuje sa každú zmenu bezodkladne oznámiť písomne poisťovní. Pokiaľ nie sú odpovede napísané jeho rukopisom, potvrdzuje, že ich overil a sú pravdivé. Berie na vedomie, že nepravdivé alebo neúplné odpovede môžu mať v zmysle Občianskeho zákonníka za následok odstúpenie od poisťnej sumy alebo odmietnutie poisťného plnenia zo strany poisťovne.

VOlcnave, dňa 05.04.2016

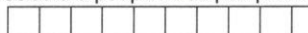


Pečiatka a podpis poisťníka



KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group
Štefánikova 17, 811 05 Bratislava
IČO: 315 955 45 IČ DPH: SK7020000746 -1-

Pečiatka a podpis zástupcu poisťovne



FORMULÁR O PODMIENKACH UZAVRETIA POISTNEJ ZMLUVY A ZÁZNAM Z ROKOVANIA SPROSTREDKOVATEĽA POISTENIA S KLIENTOM PRED UZAVRETÍM ALEBO ZMENOU POISTNEJ ZMLUVY

vyhotovený v súlade s ust. § 37 ods. 3 zák.č. 8/2008 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov, v zmysle zák. č. 186/2009 Z. z. o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v zmysle zákona č.297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „záznam“)

Meno a priezvisko / Obchodné meno finančného agenta, názov

Ing.Ondrej Lorinc

Trvalý pobyt (prechodný pobyt) / Miesto podnikania / Sídlo

Kováčska 1807/14, Gelnica

E - mail

ondrej.lorinc@gsnetwork.sk

Kontaktný telefón

421907983242

Právna forma (pri podnikajúcej osobe)

SZČO

Registračné číslo v Národnej banke Slovenska

174511

ktorý koná v mene KOMUNÁLNEJ poisťovne, a. s., Vienna Insurance Group, IČO: 31 595 545, (ďalej len „sprostredkovateľ poistenia“)

a

A. Meno a priezvisko osoby,

ktorá sa informuje o možnostiach poistenia a finančných služieb

Jaroslav Salaj

Trvalý pobyt / Sídlo

Zelená 8, 05361 Oľcnavá

Kontaktný telefón

421 917 941 678

Rodné číslo / Dátum narodenia

6802016166

Št.prísl.

SR

Číslo bankového účtu

Identifikácia:

Druh dokladu totožnosti:

OP

Číslo dokladu totožnosti:

SI895830

Platný do:

22.7.2017

Vydaný kým:

ORPZ Sp. Nová Ves

B. Meno a priezvisko osoby,

pre ktorú má byť uzatvorené poistenie

Obchodné meno, názov právnickej osoby,

pre ktorú má byť uzatvorené poistenie

Obec Oľcnavá

Trvalý pobyt / Sídlo

Jamá č. 2

Kontaktný telefón

421 917 495 572

Rodné číslo / IČO

329436

Št.prísl.

Číslo bankového účtu

Identifikácia:

Druh dokladu totožnosti:

Číslo dokladu totožnosti:

Platný do:

Vydaný kým:

Vzťah medzi osobou "A" a "B":

rodinný príslušník

iný vzťah → špecifikujte:

starosta obce

(aj viaceru možností súčasne)

"A" je zamestnancom "B"

spoluprajiteľ

ktorý má v úmysle využiť, resp. využíva finančné a poisťovacie služby KOMUNÁLNEJ poisťovne, a. s., Vienna Insurance Group, (ďalej len „klient“)

spísali tento formulár o podmienkach uzavretia poistnej zmluvy ako záznam o rokovaní sprostredkovateľa poistenia s klientom vo vzťahu k uzatvoreniu alebo k zmene poistnej zmluvy so spoločnosťou KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s., Vienna Insurance Group.

Číslo poistnej zmluvy (v prípade že existuje),
v ktorej má klient záujem vykonať zmenu:

5190018257

Spôsob kontaktovania poisťovne s klientom:

klient sa aktívne ohlásil sám

internet

odporúčanie

iný spôsob → špecifikujte:

obchodník - telefonický kontakt

banka

list poštou

informačný leták - dotazník

KLIENT MÁ ZÁJEM DOJEDNAŤ NASLEDOVNÚ FINANČNÚ SLUŽBU/POISTENIE

(toto chce klient):

1. urazové poistenie uchádzačov o zamestnanie -

KLIENT MÁ VO VZŤAHU K POISTNEJ ZMLUVE TIETO ŠPECIFICKÉ POŽIADAVKY:

(špecifikujte ekonomický účel, resp. zákonný účel využitia požadovaných fin.služieb)

3. urazové poistenie

urazové poistenie

KLIENTOVE DŮVODY PRE VÝBER FINANČ.SLUŽIEB POISŤOVNE, NA ZÁKLADE KTORÝCH
SPROSTREDKOVATEĽ POISTENIA POSKYTUJE SVOJE ODPORÚČANIE PRE VÝBER DANÉHO
POISTNÉHO PRODUKTU SPOJENÉHO S PREDPÍSANÝMI FIN.OPERÁCIAMI:

2. špecifický produkt na dobu určitú

ODPORÚČANIE SPROSTREDKOVATEĽA POISTENIA PRE KLIENTA:
NÁZOV POISTENIA ALEBO SÚBORU POISTENÍ, KTORÉ MÔŽU BYŤ DOJEDNANÉ V POISTNEJ
ZMLUVE A SPŔŔAJÁJÚ POŽIADAVKY KLIENTA (POISTNÝ PRODUKT):

4. urazové poistenie

POISTNÉ RIZIKÁ - POPIS POISTENIA ALEBO SÚBORU POISTENÍ, KTORÉ MÔŽU BYŤ DOJEDNANÉ V POISTNEJ ZMLUVE (POISTNÝ PRODUKT) Z HĽADISKA POISTNÝCH RIZÍK:

5. SÚ, TNÚ, ČNL a invalidita

oo

VŠEOBECNÁ CHARAKTERISTIKA POISTNÉHO PLNENIA Z POISTENIA ALEBO SÚBORU POISTENÍ, KTORÉ MÔŽU BYŤ DOJEDNANÉ V POISTNEJ ZMLUVE:

6. v prípade poistnej udalosti plnenie do výšky poistnej sumy dojednanej na poistnej zmluve

ĎALŠIE VÝHODY, KTORÉ MÔŽU BYŤ DOJEDNANÉ V POISTNEJ ZMLUVE (POISTNOM PRODUKTE):

7. doba určitá

KLIENT VÝSLOVNE ODMIELA VYUŽIŤ NASLEDOVNÉ FINANČ.-POISTNÉ SLUŽBY (POIST.PRODUKTY) AJ NAPRIEK UPOZORNENIU SPROSTREDKOVATEĽA POISTENIA NA MOŽNOSŤ ICH VYUŽITIA:

8.

PREHLÁSENIE / POTVRDENIE

Klient svojím podpisom potvrdzuje správnosť a úplnosť tohto záznamu. Zároveň svojím podpisom potvrdzuje, že sa oboznámil so všetkými informáciami uvedenými na strane č.3. a 4. tohto záznamu a že prevzal kópiu tohto záznamu.

Klient berie na vedomie, že informácie nachádzajúce sa v tomto zázname poskytuje sprostredkovateľovi poistenia v zmysle zákona č. 186/2009 Z. z. o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve a že budú spracúvané v informačnom systéme sprostredkovateľa poistenia, resp. spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s., Vienna Insurance Group.
Klient zároveň berie na vedomie, že tento záznam nie je návrhom na uzavretie poistnej zmluvy niektorej zo zúčastnených strán v zmysle príslušných občianskoprávných predpisov.

Sprostredkovateľ poistenia týmto vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že identifikoval a overil identifikáciu poistníka na základe jeho dokladu totožnosti (OP/pas)

V Oľcnavě dňa 5.4.2016

Ing. Ondrej Lorinc

Jaroslav Salaj-starosta obce Oľcnavá

čas jednania
(hod.:min.)Meno a priezvisko sprostredkovateľa poistenia / podpis
(v prípade fin.agenta - makléra uveďte meno a priezvisko osoby zastupujúcej tohto makléra)

Meno a priezvisko (paličk.písm.)/podpis klienta

