

podľa ustanovenia § 788 a nasl. Občianskeho zákonníka

s účinnosťou
od

0	1	0	5	2	0	1	5
---	---	---	---	---	---	---	---

do

3	1	1	0	2	0	1	5
---	---	---	---	---	---	---	---

15. 5. 15

uzaviera

ÚRAZOVÉ POISTENIE UCHÁDZAČOV O ZAMESTNANIE počas projektu alebo programu

(názov projektu alebo programu)

číslo

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

s

OBEČNÝ ÚRAD VOŽOKANY

Poistník

HLAVNÁ 57, 925 05 VOŽOKANY

adresa

00306321

IČO

19629132/0200

bankové spojenie

0905 869 874

číslo telefónu

zastúpený

Mgr. Mikuláš TONČKO

štatutárny zástupca

Touto poisťovňou uzaviera poisťník úrazové poistenie v prospech uchádzačov o zamestnanie, nahlásených poisťníkom na príslušný úrad práce, sociálnych vecí a rodiny ako osoby zúčastňujúce sa projektu alebo programu uvedeného na prvej strane tejto poisťovnej zmluvy v zmysle ust. § 54 zákona č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon o službách zamestnanosti“).

Poistenie sa vzťahuje na uvedené osoby pri plnení pracovných úloh počas projektu alebo programu uvedeného na prvej strane tejto poisťovnej zmluvy v zmysle ust. § 54 zákona č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov a na poistenie sa vzťahujú Všeobecné poisťovné podmienky pre úrazové poistenie (VPP 1000-3), ktoré sú súčasťou tejto poisťovnej zmluvy.

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

	Poisťovná suma	Poisťovné
- Smrť následkom úrazu	3 320 EUR	3,52 EUR
- Trvalé následky úrazu – príslušné % zo sumy	1 660 EUR	3,24 EUR
- Plná invalidita následkom úrazu	1 660 EUR	2,00 EUR
- Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu – príslušné % zo sumy	830 EUR	3,24 EUR

Jednorazové poisťovné

Počet poistených pracovných miest	x	Jednorazové poisťovné na 1 pracovné miesto	Koef. ÚNP	Upravené jednorazové poisťovné na 1 pracovné miesto	=	Jednorazové poisťovné za pracovné miesta spolu
1		12,00 EUR		EUR		12, - 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. Poistná doba je maximálne 12 mesiacov.
- Poistné 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 poistného obdobia o 20 %. V prípade prekročenia tohto limitu je poistník povinný požiadať o dopoistenie týchto pracovných miest.
- Škodovú udalosť je poistený alebo poistník povinný hlásiť písomne do 48 hodín od jej vzniku na predpísanom tlačive 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 poistený neutrpel v priamej súvislosti s výkonom prác počas pilotného projektu uvedeného na prvej strane tejto poisťnej zmluvy v zmysle ust. § 54 zákona o službách zamestnanosti,
 - 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 poistený potrebnú kvalifikáciu, prípadne školenie.
- Prehlásenie poistníka:
 - Poistník 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 poistného vzťahu: ÁNO / NIE.
 - Poisťovňa informuje poistníka, 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. Poistník dáva poisťovni súhlas, aby po dobu nevyhnutnú na zabezpečenie výkonu práv a povinností, vyplývajúcich z tejto poisťnej zmluvy jeho osobné údaje v rozsahu podľa § 47 zákona č. 8/2008 Z.z. poskytovala, sprístupňovala a cezhranične prenášala právnickým osobám podnikajúcim v poisťovníctve, právnickým a fyzickým osobám poskytujúcim služby finančného sprostredkovania a finančného poradenstva podľa osobitného predpisu. Poistník 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.
 - Poistník 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 poisťovni. 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 poistného plnenia zo strany poisťovne.

V NR, dňa 30.04.2015

OBEC VOZOKANY
925 05



Podpis poistníka

KOMUNÁLNA
POISŤOVŇA

VIENNA INSURANCE GROUP

KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s.

Vienna Insurance Group

Štefánikova 17, 811 05 Bratislava
Podpis zástupcu poisťovne (17)
ICO: 31595545 IČ DPH: SK 202000946

27 00 73 9 4 4 9

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 spoločnosti, názov

ING. JAROSLAV PILÁT

Trvalý pobyt (prechodný pobyt) / Miesto podnikania / Sídlo

FARŠEĽ 9, 94901 NITRA

E-mail

Kontaktný telefón

0908 502 892

Právna forma (pri podnikajúcej osobe)

POB / ZAMESTNANEC

Registračné číslo v Národnej banke Slovenska

24 00131449

ktorý koná v mene spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, IČO: 31 595 545, (ďalej len „sprostredkovateľ poisťovní“) a

A. Miesto a priezvisko osoby,

ktorá sa informuje a možností poisťovní a finančných služieb

Trvalý pobyt / Sídlo

Kontaktný telefón

Rodné číslo / Dátum narodenia

Št.prič.

Číslo bankového účtu

Identifikácia:

Druh dokladu

tožnosť:

Číslo dokladu

tožnosť:

Platný do:

Vydaný kým:

B. Miesto a priezvisko osoby,

pre ktorú má byť uzatvorené poistenie

Obchodné meno, názov právnickej osoby,

pre ktorú má byť uzatvorené poistenie

Trvalý pobyt / Sídlo

Kontaktný telefón

Rodné číslo / IČO

Št.prič.

Číslo bankového účtu

Identifikácia:

Druh dokladu

tožnosť:

Číslo dokladu

tožnosť:

Platný do:

Vydaný kým:

Vzťah medzi osobou "A" a "B":

rodinný príslušník

iný spôsob → špecifikujte:

(aj viacero možností súčasne)

"A" je zamestnancom "B"

spolmajiteľ

ktorý má v úmysle využiť, resp. využíva finančné a poisťovacie služby spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, (ďalej len „klient“) spísali tento záznam o rokovaní sprostredkovateľa poistenia s klientom vo vzťahu k uzatvoreniu alebo k zmene poisťovej zmluvy so spoločnosťou KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group.

Spôsob kontaktu s poisťovňou s klientom:

- klient sa aktívne ohlásil sám internet odporúčanie iný spôsob → špecifikujte: →
 obchodník - telefonický kontakt banka listovou informačný leták - dotazník

Číslo poisťovej zmluvy (v prípade že existuje),
v ktorej má klient záujem vykonať zmeny:

KLIENT MÁ ZÁJEM DOJEDNÁŤ NASLEDUJÚCU FINANČNÚ SLUŽBU/POISŤOVNE, RESP. ZMĚNU V POISŤEJ ZMLUVE (toto čísto klient)

1. UČEŔOVÉ POISŤENIE

KLIENT MÁ VO VZŤAHU K POISŤEJ ZMLUVE TIEŽ ŠPECIFICKÉ POŽIADAVKY: (špecifikujú ekonomický účel, resp. zákonný účel využitia požadovaných finančných služieb, poistenia, alebo zmien v poisťovej zmluve)

3. UČEŔOVÉ POISŤENIE

KLIENTOVÉ ODVODY PRE VÝBER FINANČNÝCH SLUŽIEB POISŤOVNE, NA ZÁKLADE KTORÝCH SPROSTREDKOVATEĽ POISŤENIA POSKYTUJE SVUJE ODPORÚČANIE PRE VÝBER DANÉHO POISŤOVNÉHO PRODUKTU SPOJENÉHO S PREDPISANÝMI FIN. OPERACIAMI:

2. Poisťovne uhradzovalcov uhradzovalcov podľa § 54 zák. č. 5/2004 Z.z.

ODPORÚČANIE SPROSTREDKOVATEĽA POISŤENIA PRE KLIENTA: NÁZOV POISŤENIA ALEBO SÚBORU POISŤENÍ, KTORÉ MÔŽU BYŤ DOJEDNANÉ V POISŤEJ ZMLUVE A SPLŇAŤU POŽIADAVKY KLIENTA (POISŤOVNÝ PRODUKT):

4. UČEŔOVÉ POISŤENIE UCHADZAOV O ZAMESTNANIE POČAS PROJEKTU, ALEBO

POISŤNÉ RIZIKÁ - POPIS POISŤENIA ALEBO SÚBORU POISŤENÍ, KTORÉ MÔŽU BYŤ DOJEDNANÉ V POISŤEJ ZMLUVE (POISŤOVNÝ PRODUKT) Z HĽADISKA POISŤOVNÝCH RIZIKÁ:

5. SML - 3020 EUR; TML - 1000 EUR; IU - 1000 EUR; ENK - 830 EUR

VŠEOBECNÁ CHARAKTERISTIKA POISŤOVNÉHO PLNENIA Z POISŤENIA ALEBO SÚBORU POISŤENÍ, KTORÉ MÔŽU BYŤ DOJEDNANÉ V POISŤEJ ZMLUVE:

6. UČEŔOVÉ POISŤENIE UCHADZAOV O ZAMESTNANIE POČAS PROJEKTU, ALEBO

7. Poisťovne sa uhradzovalcov na uvedené osoby pri plnení prác alebo počas prv. jedba alebo program

KLIENT VÝSLOVNE ODMIEŤA VYUŽÍŤ NASLEDUJÚCE FINANČNÉ/POISŤOVNÉ SLUŽBY (POISŤOVNÉ PRODUKTY) AJ NAPRIEK UPOZORNENIU SPROSTREDKOVATEĽA POISŤENIA NA MOŽNOSŤ ICH VYUŽITIA:

8. UČEŔOVÉ POISŤENIE UCHADZAOV O ZAMESTNANIE POČAS PROJEKTU, ALEBO

PREHLÁSENIE / POTVRDENIE

Klient svojím podpisom potvrdzuje správnosť a úplnosť tohto záznamu. Zároveň svojím podpisom potvrdzuje, že sa oboznámil so všetkými informáciami uvedenými na str. č. 3 a 4. tohto záznamu a že prevzal jeho kópiu. Na základe slobodnej voľby klienta je číslo pripravovaný poisťovej zmluvy/poisťovného návrhu →

Klient berie na vedomie, že informácie nachádzajúce sa v tomto zázname poskytujú sprostredkovateľovi poistenia v zmysle zákona č. 186/2009 Z.z. o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve a že budú spracovávať 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 uzatvorenie poisťovej zmluvy niektorej zo zúčastnených strán v zmysle súčasných občianskoprávných predpisov.

Sprostredkovateľ poistenia týmto vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že informácie uvedené v tomto zázname sú pravdivé a úplné a že poistenia na základe jeho dokladu totožnosti (OP/pas).

NITRE

dňa

30.4.2015

čas

11:00

jednania

(hod. min.)

KOMUNÁLNA POISŤOVŔA

VIENNA INSURANCE GROUP

Meno a priezvisko sprostredkovateľa poistenia / Podpis

(v prípade Vienna Insurance Group priezvisko)

Stefaňkova 17/811 05 Bratislava

IČO: 31 595 545 IČ DPH: SK7020000746 (17)

5 19 00 214 24

OBEC VOZOKANY

925 05

Mgr. TOVČKO MIKULAS

Meno a priezvisko (palcovým písmom)/podpis klienta

* vyplňovať len v prípade rokovania o možnosti uzatvorenia ZP

SPROSTREDKOVATEĽ POISŤENIA: Toto strany formulára (strany 1/4) je potrebné určiť vzhľadom na inkurzívny a množstevný charakter akčného veku druhu poistenia.)