

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
---	---	---	---	---	---	---	---

uzaviera

ÚRAZOVÉ POISTENIE UCHÁDZAČOV O ZAMESTNANIE

počas aktívnej činnosti formou dobrovoľníckej služby

číslo

5	1	9	0	0	2	0	4	3	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

s

CŠPP	Poistník
Bocatiova 1, 04001 Košice	adresa
42242282	IČO
7000425422/8180	bankové spojenie
	číslo telefónu
zastúpený PaedDr. Tatiana Majerníková	
štátutárny zástupca	

Touto poisťovnou zmluvou uzaviera poisťovník úrazové poistenie v prospech uchádzačov o zamestnanie, nahlásených poisťovníkom na príslušný úrad práce, sociálnych vecí a rodiny ako osoby pre výkon dobrovoľníckych služieb v zmysle ust. § 52a 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 vykonávania dobrovoľníckych služieb organizovaných poisťovníkom v zmysle ust. § 52a zákona č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a na poistenie sa vzťahujú Všeobecné poisťovné podmienky pre úrazové poistenie (VPP 1000-3), ktoré sú súčasťou tejto poisťovnej zmluvy.

Poisťovníkom môže byť len právnická osoba alebo fyzická osoba, ktorá je uvedená v zákonom ustanovení § 52a ods. 2 zákona č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

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

	Poistná suma	Poistné
- Smrť následkom úrazu	3 320 EUR	1,96 EUR
- Trvalé následky úrazu – príslušné % zo sumy	1 660 EUR	1,79 EUR
- Plná invalidita následkom úrazu	1 660 EUR	1,10 EUR
- Čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu – príslušné % zo sumy	830 EUR	1,79 EUR

Jednorazové poisťovné

Počet poistených pracovných miest	x	Jednorazové poisťovné na 1 pracovné miesto	=	Jednorazové poisťovné za pracovné miesto spolu
-----------------------------------	---	--	---	--

Zmluvné dojednania

1. Poistenie sa dojednáva na dobu určitú. Účinnosť nadobúda nultou hodinou dňa dojednaného v poistnej zmluve ako začiatok poistenia, najskôr však od 0:00 hodiny dňa nasledujúceho po dni uzavretia poistnej zmluvy a končí najneskôr o 24.00 hodine dňa uvedeného ako koniec poistenia. Poistná doba je maximálne 6 mesiacov.
2. Poistné je splatné jednorazovo najneskôr v deň účinnosti poistnej zmluvy.
3. Touto poistnou 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.
4. 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.
5. Výluky z poistenia - poistenie sa nevzťahuje na:
 - a) úraz, ktorý poistený neutrpel v priamej súvislosti s výkonom dobrovoľníckych prác organizovaných poisťníkom v zmysle ust. § 52a zákona o službách zamestnanosti,
 - b) úraz, ktorý utrpel na ceste do miesta výkonu práce a späť,
 - c) úraz, ku ktorému došlo pri práci vo výškach alebo pri obsluhu strojov a zariadení, na ktoré nemal poistený potrebnú kvalifikáciu, prípadne školenie.
6. Prehlásenie poistníka:
 - a) Poistník podpisom poistnej 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, poistných produktoch, poskytovaných online službách a pod.) po dobu trvania poistného vzťahu: [X] ÁNO / [] NIE.
 - b) 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 poisťovní súhlas, aby po dobu nevyhnutnú na zabezpečenie výkonu práv a povinností, vyplývajúcich z tejto poistnej 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.
 - c) 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 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 poistnej sumy alebo odmietnutie poistného plnenia zo strany poisťovne.

V Košiciach, dňa . 2015

CENTRUM
SPECIALNO-PEDAGOGICKÉHO
PORADENSTVA
Značková 1, 040 01 KOŠICE

Podpis poistníka

KOMUNÁLNA
POISŤOVŇA
VIENNA INSURANCE GROUP

KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s.
Štefánikova 17, 811 05 Bratislava
Príloha zmluvy poisťovne
110 089 596 83

**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

E - mail

Kontaktný telefón

Veronika Kmecová

kmecovav@kpas.sk

0917430339

Trvalý pobyt (prechodný pobyt) / Miesto podnikania / Sídlo

Hlavná 7, 04001 Košice

Právna forma (pri podnikajúcej osobe)

ROZ

Registračné číslo v Národnej banke Slovenska

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

A. Meno a priezvisko osoby,

ktorá sa informuje o možnostiach poistenia a finančných služieb

Trvalý pobyt / Sídlo

Kontaktný telefón

Rodné číslo / Dátum narodenia

Št. prísl.

Číslo bankového účtu*

Identifikácia:

Druh dokladu totožnosti:

Číslo dokladu totožnosti:

Platný do:

Vydaný kým:

B. Meno a priezvisko osoby,

pre ktorú má byť uzatvorené poistenie

PaedDr. Tatiana Majerniková

Obchodné meno, názov právnickej osoby,

pre ktorú má byť uzatvorené poistenie

CŠPP

Trvalý pobyt / Sídlo

Kontaktný telefón

Bocatiova 1 04001 Košice

Rodné číslo / IČO

Št. prísl.

Číslo bankového účtu*

42242282

SR

Identifikácia:

Druh dokladu totožnosti:

OP

Číslo dokladu totožnosti:

Platný do:

Vydaný kým:

Vzťah medzi osobou "A" a "B":

rodinný príslušník

iný spôsob → špecifikujte: →

(aj viaceru možnosť súčasne)

"A" je zamestnancom "B"

spolumajiteľ

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 poistnej zmluvy so spoločnosťou KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group.

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, RESP. ZMENU V POISTNEJ ZMLUVE:

(to chce klient)

1. úrazové poistenie

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

2.

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

KLIENT MÁ VO VZŤAHU K POISTNEJ ZMLUVE TIETO ŠPECIFICKÉ POŽIADAVKY: (špecifikuje ekonomický účel, resp. zákonný účel využitia požadovaných finančných služieb, poistenia, alebo zmien v poistnej zmluve)

3.

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

4.

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

5. SNŮ, TNŮ, ČNL, Plná invalidita následkom úrazu

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

6. podľa VPP

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

7.

KLIENT VYSLOVNE ODMIEŤOL VYUŽÍŤ NASLEDOVNÉ FINANČNÉ-POISTNÉ SLUŽBY (POISTNÉ 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 str. č. 3. a 4. tohto záznamu a že prevzal jeho kópiu. Na základe slobodnej voľby klienta je číslo pripravovanej poistnej zmluvy/poistného návrhu →

Sam vspite číslo prerokovanej a pripravovanej poistnej zmluvy.

5190020433

Klient berie na vedomie, že tento záznam nie je návrhom na uzavretie poistnej zmluvy niektorej zo zúčastnených strán v zmysle príslušných občianskoprávných predpisov.

Klient zároveň 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 jeho osobné údaje spracúva poisťovňa 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.

Klient 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.

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

v

KOŤIČIAČH

dňa

11.5.2015

Čas jednania
(hodiny)

POISŤOVŇA
KOMUNÁLNA
POISŤOVŇA
VIENNA INSURANCE GROUP

INFORMÁCIE O POISTNÍKOVI A PREHLÁSENIE POISTNÍKA O ZDROJOCH PEŇAŽNÝCH PROSTRIEDKOV

Sekcia A. (Údaje a informácie v tejto sekcii formulára je potrebné vypísať len v prípade rokovania o možnosti uzavretia životného poistenia.)

Prezvisko / Obchodné meno poistníka

(resp. „tretej strany“, ktorá je zdrojom peňažných prostriedkov služby/finančnej operácie)

Krstné meno poistníka

Titul

Muž

Št. prísl. E - mail

			<input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena	
--	--	--	---	--

Vzťah medzi poistníkom a poisteným :

tá istá osoba

rodinný príslušník

zamestnávateľ

spolujateľ

(aj viaceru možností súčasne)

iný vzťah →

--

Trvalý pobyt / Miesto podnikania / Adresa sídla (ulica, číslo domu, mesto, PSČ) poistníka

Druh / Číslo dokladu totožnosti

Kontaktný telefón

--	--	--

Korešpondenčná adresa (ulica, číslo domu, mesto, PSČ) - vyplníť v prípade, že je iná ako adresa trv. pobytu

Rodné číslo / IČO

Dát. narodenia/Dát. založenia PO

--	--	--

Názov aktuálneho zamestnávateľa / Meno a priezvisko štatutára PO/FOP

História predchádzajúcich 3 zamestnaní (od aktuálneho do minulosti) / Oblasť podnikania (pozícia, funkcia, odvetvie)

1. Aktuálny stav - súčasnosť (názov firmy, pozícia vo firme)	2. Predchádzajúce (bod 1.) (názov firmy, pozícia vo firme)	3. Predchádzajúce (bod 2.) (názov firmy, pozícia vo firme)	4. Predchádzajúce (bod 3.) (názov firmy, pozícia vo firme)
--	--	--	--

Sekcia B. (Údaje a informácie v tejto sekcii formulára je potrebné vypísať len v prípade základnej starostlivosti o klienta, t.j. v prípade ak výška poistného za kalendárny rok > 1 000 EUR alebo jednorazové poistné > 2 500 EUR)

(Pozri informácie pre klienta/poistníka a inštrukcie pre vypísanie formulára o podmienkach uzavretia poisťovnej zmluvy a záznamu z rokovania.)

Čísla bankových účtov, ktoré môžu byť použité

I. 1. Ste: 1a) PO / FOP 1b) zamestnanec u 1a)

2. Ste v prípade PO / FOP väčšinou majiteľom / členom štatutárneho orgánu / prokuristom?

3. Ste politicky exponovanou osobou? Áno Nie

V prípade, že ste PO / FOP, uveďte najhlavnejšiu činnosť z predmetu Vášho podnikania v úradnom registri SR (napr. v obchodnom registri)

Podnikám aj mimo EÚ a SR Podnikám v rámci EÚ Podnikám výlučne na území SR

Uveďte miesto najčastejšieho podnikania (názvy štátov, miest, obcí)

Označenie a číslo v úradnom registri

--	--

II. 4.a. Čo je Vaším pravidelným zdrojom príjmu?

4.a.1. príjem zo závislej činnosti

4.a.2. príjem z podnikania

4.a.3. kombinácia príjmov 4.a.1. a 4.a.2.

(aj viaceru možností súčasne)

4.a.4. iný príjem - špecifikujte →

--

4.b. Údaje o zdroji majetku

4.b.1. príjem zo zamestnania

4.b.2. príjem z podnikania

4.b.3. dedičstvo

4.b.4. výnosy z predaja obch. spoločnosti

(aj viaceru možností súčasne)

4.b.5. iné zdroje - špecifikujte →

--

5. Uveďte priemernú výšku Vášho aktuálneho hrubého mesačného príjmu (súčet všetkých príjmov) - platí len pre PO a FOP

do 1 000 EUR 1 000 EUR až 2 000 EUR nad 2 000 EUR

Sekcia C.1. (Údaje v tejto sekcii vypísať len ak bola vypísaná Sekcia B. na tejto strane formulára.)

ZDROJE PEŇAŽNÝCH PROSTRIEDKOV / INVESTÍCIÍ / POISTNÍKA

Vysvetlite, prosím, starostlivo a podrobne pôvod všetkých zdrojov peňažných prostriedkov, investícií a nákladov na poistné, ktorými zabezpečíte krytie finančnej operácie ako platby za služby poisťovateľa.

CHARAKTER ZDROJOV	POPIS / OBJASNENIE ZDROJOV	
VLASTNÉ ZDROJE	Číslo bankového účtu:	Meno a priezvisko majiteľa bank. účtu:
EUR		
POŽIČANÉ / CUDZIE ZDROJE	Číslo bankového účtu:	Meno a priezvisko majiteľa bank. účtu:
EUR		
ÚVEROVÉ / ZMLUVNÉ ZDROJE	Číslo bankového účtu:	Názov banky:
EUR		
INÉ ZDROJE	Číslo bankového účtu:	
EUR		
EUR	↔ SÚČET ZDROJOV PEŇAŽNÝCH PROSTRIEDKOV	

Sekcia C.2. (Údaje v tejto sekcii vypísať len v prípade rokovania o možnosti uzavretia životného poistenia.)

ROZPIS INVESTÍCIE / POISTNÉHO / NÁKLADOV A CIEN

Deklarujte, prosím, objektívne a pravdivo VŠETKY INVESTIČNÉ PÔLOŽKY/POISTNÉ/CENY zahrnuté do zvolenej finančno-poistnej operácie predstavujúcej ponúkanú službu poisťovateľa.

DRUH INVESTÍCIE	NÁZOV PRODUKTU	POISTNÉ
ZÁKLADNÉ poistenie pre prípad dožitia a/alebo smrti PRÍPOISTENIA k základnému poisteniu.		EUR
MIMORIADNÉ POISTNÉ		EUR
JEDNORAZOVÉ POISTNÉ za kapitálovú poistenie.		EUR
JEDNORAZOVÉ POISTNÉ za investičné poistenie.		EUR
JEDNORAZOVÉ POISTNÉ za investičné indexované poistenie.		EUR
INÉ POISTNÉ:		EUR
CELKOVÝ SÚČET INVESTÍCIE / NÁKLADOV NA POISTNÉ:		EUR

Sekcia D. (Vypísať len v prípade, že bola vypísaná Sekcia A. na tejto strane formulára.)

PREHLÁSENIE / POTVRDENIE

Prehlasujem a svojím podpisom potvrdzujem, že všetky vyššie uvedené údaje sú pravdivé a som si vedomý oprávnenosti poisťovateľa požadovať ich záznam v tomto formulári v súlade so zák. 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.

V _____ dňa _____

Meno a priezvisko (paličkovým písmom) / podpis poisteného
resp. jeho zákonného zástupcu

Meno a priezvisko (paličkovým písmom) / podpis poistníka
(ak je iný ako poistený)

Sprostredkovateľ poistenia týmto vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že identifikoval a overil identifikáciu poistníka na základe jeho dokladu totožnosti (OP/Pas).			
Druh dokladu totožnosti poisteného, resp. jeho zák. zást.	<input type="text"/>	Číslo dokladu totožnosti:	<input type="text"/>
Druh dokladu totožnosti poistníka	<input type="text"/>	Číslo dokladu totožnosti:	<input type="text"/>
Vydaný kým:		<input type="text"/>	Platný do: <input type="text"/>
Vydaný kým:		<input type="text"/>	Platný do: <input type="text"/>

UPOZORNENIE!

Ak je poistníkom právnická osoba, pred uzatvorením poisťovnej zmluvy je k tomuto záznamu potrebné priložiť aj výpis z obch. registra, živnostenského registra, resp. z ekvivalentných registrov v zahraničí.

Meno a priezvisko sprostredkovateľa poistenia / Podpis