

podľa ustanovenia § 788 a nasl. Občianskeho zákonníka

s účinnosťou

od 

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

do 

3	0	0	4	2	0	1	6
---	---	---	---	---	---	---	---

uzaviera

## ÚRAZOVÉ POISTENIE UCHÁDZAČOV O ZAMESTNANIE

počas aktivačnej činnosti formou dobrovoľníckej služby

číslo

5	1	9	0	0	2	0	7	0	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

s

<b>Detský Domov Spišské Vlachy</b>	Poistník
<b>Lipová 13, 053 61 Spišské Vlachy</b>	adresa
<b>45005877</b>	IČO
	bankové spojenie
<b>0910928659</b>	číslo telefónu
zastúpený	<b>MGr. Martina Suchá</b> štatutárny zástupca

Touto poisťovnou zmluvou uzaviera poisťník úrazové poistenie v prospech uchádzačov o zamestnanie, nahlásených poisťníkom 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 poisťníkom 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.

Poisťníkom 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 2	x	Jednorazové poisťovné na 1 pracovné miesto 6,64 EUR		=	Upravené jednorazové poisťovné na 1 pracovné miesto 6,64 EUR		=	Jednorazové poisťovné za pracovné miesta spolu 13,28 EUR
--	---	--	--	---	---	--	---	---







**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
Gabriela Podávková		053/4428735
Trvalý pobyt (prechodný pobyt) / Miesto podnikania / Sídlo		
Ing. Kožucha 8, 052 01 Spišská nová Ves		
Právna forma (pri podnikajúcej osobe)	Registračné číslo v Národnej banke Slovenska	
zamestnanec		

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

<b>A. Meno a priezvisko osoby, ktorá sa informuje o možnostiach poistenia a finančných služieb</b>	<b>B. Meno a priezvisko osoby, pre ktorú má byť uzatvorené poistenie</b>	<b>Obchodné meno, názov právnickej osoby, pre ktorú má byť uzatvorené poistenie</b>
Mgr. Suchá Martina		
Trvalý pobyt / Sídlo	Trvalý pobyt / Sídlo	Kontaktný telefón
Odorín 210		
Rodné číslo / Dátum narodenia	Št. prísl.	Číslo bankového účtu*
	SR	
Identifikácia:	Druh dokladu totožnosti: OP	Číslo dokladu totožnosti:
Platný do:	Vydaný kým: SNV	

Vzťah medzi osobou "A" a "B":  
 rodinný príslušník  iný spôsob → špecifikujte: →  
(aj viaceré možnosti súčasne)  "A" je zamestnancom "B"  spolujajiteľ

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

spisoval 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 DOJEDNÁŤ NASLEDOVNÚ FINANČNÚ SLUŽBU/POISTENIE, RESP. ZMENU V POISTNEJ ZMLUVE: (toto chce klient)

1. úrazové poistenie

KLIENTOVÉ DŮVODY PRE VYBER FINANČNÝCH SLUŽIEB POISŤOVNE, NA ZÁKLADE KTORÝCH SPROSTREDKOVATEĽ POISTENIA POSKYTUJE SVOJE ODPORÚČANIE PRE VYBER DANÉHO POISTNÉHO PRODUKTU SPOJENÉHO S PREDPISANÝMI FIN. OPERÁCIAMI:

2. dobrá spolupráca

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

5. čas nevyhnutného liečenia úrazom, trvalé následky úrazu, plná invalidita, smrť úrazom

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

6. v prípade poistnej udalosti vypláti poisťovňa poistné plnenie do výšky dojedanej poistnej sumy

ĎALŠIE VÝHODY, KTORÉ MÔŽU BYŤ DOJEDNANÉ V POISTNEJ ZMLUVE (POISTNÝ PRODUKT):

7.

KLIENT VÝSLOVNE ODMIELA 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 →

Seň vložte číslo prerokovanej a pripravovanej poistnej zmluvy.

Klient berie na vedomie, že tento záznam nie je návrhom na uzavretie poistnej zmluvy niektorou 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 poisťiteľa.

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

V Sp.N.Vsi	dňa 2,11,2015	Gabriela Podávková	Mgr. Martina Suchá
	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 (paličkovým písmom)/podpis klienta

\* vyplňovať len v prípade rokovania o možnosti uzavretia ZP



# INFORMÁCIE O POISTNÍKOVI A PREHLÁSENIE POISTNÍKA O ZDROJOCH PEŇAZNÝCH PROSTRIEDKOV

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

Priezvisko / Obchodné meno poistníka

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

Krstné meno poistníka

Titul

Muž

Št. prísl. E - mail

Žena

Vzťah medzi poistníkom a poisteným :

tá istá osoba

rodinný príslušník

zamestnávateľ

spolujaziteľ

(aj viaceru možností súčasne)

iný vzťah → špecifikujte: →

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) - vyplniť 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 poistnej 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 väčšinovým 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?

(aj viaceru možností súčasne)

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.

4.a.4. iný príjem - špecifikujte: →

4.b. Údaje o zdrojoch majetku

(aj viaceru možností súčasne)

4.b.1. príjem zo zamestnania

4.b.2. príjem z podnikania

4.b.3. dedičstvo

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

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 PEŇAZNÝCH 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

↔ SUČET ZDROJOV PEŇAZNÝCH 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 POLOŽKY/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		EUR
PRÍPOJISTENIA k základnému poisteniu:		
MIMORIADNÉ POISTNÉ:		EUR
JEDNORAZOVÉ POISTNÉ za kapitálové poistenie		EUR
JEDNORAZOVÉ POISTNÉ za investičné poistenie		EUR
JEDNORAZOVÉ POISTNÉ za investičné indexované poistenie		EUR
INÉ POISTNÉ:		EUR
CELKOVÝ SUČET INVESTÍCIE / NÁKLADOV NA POISTNÉ:		EUR

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

## PREHLÁSENIE / POTVRDENIE

Prehlasujem a svojim 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 svojim podpisom potvrdzuje, že identifikoval a overil identifikáciu poistníka na základe jeho dokladu totožnosti (OP/pas).

Druh dokladu totožnosti poisteného, resp. jeho zák. zást.

Číslo dokladu totožnosti: \_\_\_\_\_

Vydaný kým: \_\_\_\_\_

Platný do: \_\_\_\_\_

Druh dokladu totožnosti poistníka

Číslo dokladu totožnosti: \_\_\_\_\_

Vydaný kým: \_\_\_\_\_

Platný do: \_\_\_\_\_

### UPÓZORNENIE!

Ak je poistníkom právnická osoba, pred uzatvorením poistnej 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 (v prípade fin. agenta-makléra uveďte meno a priezvisko osoby zastupujúcej tohto makléra)

**VYSVETLIVKY:**  neohodnotené; PO - právnická osoba - podnikateľský subjekt; FOP - fyzická osoba podnikateľ - podnikajúca osoba