

podľa ustanovenia § 788 a nasl. Občianskeho zákonníka

s účinnosťou

od 01 03 2017

do 30 06 2017

uzaviera

ÚRAZOVÉ POISTENIE UCHÁDZAČOV O ZAMESTNANIE

počas aktivačnej činnosti formou dobrovoľníckej služby

číslo

VS - 5 1 9 0034877

s

SPOJENÁ JAKOLA ČADCA

poistník

PALÁRIKOVÁ 2758 02201 ČADCA

adresa

77982567

IČO

SK81800000007000262213

číslo účtu v tvare

IBAN/SWIFT (BIC) kód

číslo telefónu

zastúpený

statutárny zástupca

Touto poistnou zmluvou uzaviera poistník úrazové poistenie v prospech uchádzačov o zamestnanie, nahlásených poistníkom 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 poistníkom 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 poistné podmienky pre úrazové poistenie (VPP 1000-4), ktoré sú súčasťou tejto poistnej zmluvy.

Poistníkom 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 poistnej zmluvy, je poistená na nasledovné dojednané riziká a poistné 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 poistné

Počet poistených pracovných miest	x	Jednorazové poistné na 1 pracovné miesto	Koef. ÚNP	Upravené jednorazové poistné na 1 pracovné miesto	=	Jednorazové poistné za pracovné miesta spolu
1		6,64 EUR	1	EUR		6,64 EUR

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 tlačíve 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 poistníkom 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 poisťovateľa na účely priameho marketingu poisťovateľa (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) Poisťovateľ 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. 39/2015 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Poistník dáva poisťovateľovi súhlas, aby po dobu nevyhnutnú na zabezpečenie výkonu práv a povinností, vyplývajúcich z tejto poistnej zmluvy jeho osobné údaje v rozsahu podľa § 78 zákona č. 39/2015 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 poisťovateľa.
 - c) Poistník vyhlasuje, že všetky odpovede na otázky poisťovateľa týkajúce sa poistenia a všetky ďalšie uvedené údaje sú pravdivé a úplné a zaväzuje sa každú zmenu bezodkladne oznámiť písomne poisťovateľovi. 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 poisťovateľa.

V ČADCI, dňa 1.3.2017

KOMI...

.....
Podpis poistníka

.....
Podpis zástupcu poisťovne

302558

ZÁZNAM Z ROKOVANIA SPROSTREDKOVATEĽA POISTENIA S KLIENTOM PRED UZAVRETÍM ALEBO ZMENOU POISTNEJ ZMLUVY

vychotovaný v súlade s ust. zákona č. 39/2015 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. 797/2008 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
Alena Capeková	capekova@kpas.sk	041 - 4327600
Trvalý pobyt (prechodný pobyt) / Miesto podnikania / Sídlo	Námestie Slobody 30, 022 01 Čadca	
Právna forma (pri podnikajúcej osobe)	Registračné číslo v Národnej banke Slovenska	
ROZ - zamestnanec	2700112897	

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		B. Meno a priezvisko osoby, pre ktorú má byť uzatvorené poistenie		Obchodné meno, názov právnickej osoby, pre ktorú má byť uzatvorené poistenie	
Ľaháčková Ivana Mgr.				Spojená škola Čadca	
Trvalý pobyt / Sídlo	Kontaktný telefón	Trvalý pobyt / Sídlo	Kontaktný telefón		
Okružná 110/79, 022 01 Čadca		Paláriková 2758, 02201 Čadca			
Ročné číslo / Dátum narodenia	Št. ozn.	Číslo bankového účtu*	Ročné číslo / IČO	Št. ozn.	Číslo bankového účtu*
6754066231	SR		37982567		
Identifikácia	Druh dokladu totožnosti	Číslo dokladu totožnosti	Identifikácia	Druh dokladu totožnosti	Číslo dokladu totožnosti
	OP	HE 385 245			
Platný do	Vydaný v km		Platný do	Vydaný v km	
7.12.2026	ORPZ Čadca				

Všetech moží osoba "A" a "B"
 rodinný príslušník
 iný spôsob → špecifikujte →
 iná osoba (možnosť súčasne)
 "A" je zamestnancom "B"
 spolunajímateľ

štatutár

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

klient sa aktívne obráti sám
 internet
 odporúčanie
 iný spôsob → špecifikujte →
 ústne (osobne) / telefonicky / kontakt
 banka
 list poštou
 informačný leták - dotazník

KLIENT MÁ ZÁujem DOJEDNÁŤ NASLEDOVNÉ FINANČNÉ SLUŽBY/POISTENIE, RESP. ZMĚNU V POISTNEJ ZMLUVE:
 (toto chce klient)

1. úrazové poistenie uchádzačov o zamestnanie

KLIENTOVÉ ODPOVĚDI PRE VYBER FINANČ. SLUŽIEB POISŤOVNE, NA ZÁKLADE KTORÝCH SPROSTREDKOVATEĽ POISTENIA POSKYTUJE SVOJE DopORúČANIE PRE VYBER DANÉHO POISTNEHO PRODUKTU SPOJENÉHO S PREDPÍSANÝMI FIN. OPERÁCIAMI:

2. ochrana zdravia proti úrazu a smrti
 rozsah poistenia

POISTNÉ RIZIKÁ - POPIS POISTENIA ALEBO SÚBORU POISTENÍ, KTORÉ MÔŽU BÝť DOJEDNANÉ V POISTNEJ ZMLUVE (POISTNÉ PRODUKTY) Z Hľadiska POISTNÝCH RIZÍK:

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

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

4. v prípade poistnej udalosti vyplati poisťovňa poistné plnenie vo výške dojedanej poistnej sumy pre príslušné riziko

DALŠIE VÝHODY, KTORÉ MÔŽU BÝť DOJEDNANÉ V POISTNEJ ZMLUVE (POISTNÝM PRODUKTEM):

5.

KLIENT VYSLOVNE ODMÍTLA VYUŽÍŤ NASLEDOVNÉ FINANČNÉ/POISTNÉ SLUŽBY (POISTNÉ PRODUKTY) AJ NAPRIEK UPOZORNENIU SPROSTREDKOVATEĽA POISTENIA NA MOŽNOSŤ ICH VYUŽITIA:

6.

PREHLÁSENIE / POTVRDENIE

Klient svojim podpisom potvrdzuje správnosť a úplnosť tohto záznamu, a že prevzal jeho kópiu. Na základe slobodnej voľby klienta je táto pripravovaná poistná zmluva poistného záväzu →

Štýl podľa tohto priručníka a vopisovacia kópia kópie

5190034873

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 so zákonmi č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v zmysle zmien neskorších predpisov.
 Klient prehlasuje, že mu bol 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 jeho poučenie je možné nájsť aj na webovej stránke poisťovne.

Sprostredkovateľ poistenia týmto vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že identifikoval a overil identity klienta v súlade s jeho dokladom totožnosti (DP/Pas)

Svojím podpisom potvrdzujem, že s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poistnej a dôležitých zmluvných podmienkach uzatvárané poistnej zmluvy, ktorý som prevzal od spr...

Čadca

V: _____ oša _____
 Čas jednania (hod, min.): _____

Meno a priezvisko sprostredkovateľa poistenia / podpis (v prípade in. agenta - maximálne uvedie meno finančnej osoby zastupujúcej tento makléra) _____

Meno a priezvisko (paličkovým písmom)/podpis klienta _____

* Vychytávať len v prípade rokovaní o možnosti uzavretia ZP

INSTRUKCIA PRE SPROSTREDKOVATEĽA POISTENIA: Títo stranu záznamu (strana 1/2) je potrebné vyplniť vždy (t.j. pri rokovaní o možnosti uzavretia akýchkoľvek druhov poistenia.)