

podľa ustanovenia § 788 a nasl. Občianskeho zákonníka

s účinnosťou

od

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

do

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

uzaviera

ÚRAZOVÉ POISTENIE UCHÁDZAČOV O ZAMESTNANIE

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

číslo

5	1	9	0	0	2	4	8	6	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

s

Obec Nižný Hrušov

Nižný Hrušov 520, 094 22

00332607

16228632/0200

057/ 44 93 200

zastúpený

Ján Fenčák

štatutárny zástupca

Poistník

adresa

IČO

bankové spojenie

číslo telefónu

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 v zmysle ust. § 52 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 vyššie uvedené osoby pri plnení pracovných úloh počas vykonávania menších obecných služieb pre obec alebo menších služieb pre samosprávny kraj v zmysle ust. § 52 zákona č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov a na poistenie sa vzťahujú Všeobecné poisťné podmienky pre úrazové poistenie (VPP 1000-3), 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:

	Poistná suma	Poistné
- 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 poistených pracovných miest 10	x	Jednorazové poisťné na 1 pracovné miesto 3,25 EUR		Koef. ÚNP		Upravené jednorazové poisťné na 1 pracovné miesto 3,25 EUR	=	Jednorazové poisťné za pracovné miesta spolu 32,50 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 poisťník povinný požiadať o dopoistenie týchto pracovných miest.
- Škodovú udalosť je poistený alebo poisťník 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 menších obecných služieb organizovaných obcou alebo samosprávnym krajom v zmysle ust. § 52 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 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 poistného 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 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. 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 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.

Vo Vranove n. T. , dňa 31.12.2015



**KOMUNÁLNA
POISŤOVŇA**
VIENNA INSURANCE GROUP

KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s.
Vienna Insurance Group

Štefánikova 17, 811 05 Bratislava

Podpis zástupcu poisťovne

1 0 1 1 3 8 6 1 1 8

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

vyhotovený 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. 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
Bc. Antónia Tomášová	tomasovaa@kpas.sk	
Trvalý pobyt (prechodný pobyt) / Miesto podnikania / Sídlo		
Námestie slobody 2, Vranov n/T, 09301		
Právna forma (pri podnikajúcej osobe)	Registračné číslo v Národnej banke Slovenska	
ROZ	1011386118	

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		
			Obec Nižný Hrušov					
Trvalý pobyt / Sídlo			Trvalý pobyt / Sídlo			Kontaktný telefón		
			Nižný Hrušov 520, 094 22					
Rodné číslo / Dátum narodenia		Št. prísl.	Číslo bankového účtu*		Rodné číslo / IČO		Št. prísl.	Číslo bankového účtu*
					00332607			
Identifikácia:		Druh dokladu totožnosti:	Číslo dokladu totožnosti:		Identifikácia:		Druh dokladu totožnosti:	Číslo dokladu totožnosti:
Platný do:			Vydaný kým:		Platný do:			Vydaný kým:

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

štátutárny orgán

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

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

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

1. Úrazové poistenie

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

3. Poistné krytie v prípade úrazu

KLIENTOVÉ DÔVODY PRE VÝBER FINANČ. SLUŽIEB POISŤOVNE, NA ZÁKLADE KTORÝCH SPROSTREDKOVATEĽ POISTENIA POSKYTUJE SVOJE ODPORÚČANIE PRE VÝBER DANÉHO POISTNÉHO PRODUKTU SPOJENÉHO S PREDPISANÝMI FIN. OPERÁCIAMI:

2. Dôvera v KPAS

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

4. Úrazové poistenie uchádzačov o zamestnanie počas aktivačnej činnosti formou menších obecných služieb pre obec alebo formou menších služieb pre samosprávny kraj

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

5. SNU, TNU, IU, ČNL

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

6. V prípade PU vyplatí KPAS poistné plnenie podľa VPP

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

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, a že prevzal jeho kópiu. Na základe slobodnej voľby Klienta je číslo pripravovanej poistnej zmluvy/ poistného návrhu →

Sam vpište číslo prerokovanej a pripravovanej poistnej zmluvy:

519 0024865

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 spracováva poisťovňa podľa § 10 zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v spojení so zákonom č. 39/2015 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).

Svojím podpisom potvrdzujem, že s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poistnej zmluvy som bol písomne oboznámený so všetkými zmluvnými podmienkami uzatváraanej poistnej zmluvy prostredníctvom Formulára o dôležitých zmluvných podmienkach uzatváraanej poistnej zmluvy, ktorý som prevzal od sprostredkovateľa poistenia.

V o Vranove n/T dňa 31.12.2015
 čas jednania (hod.min.)
 KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s.
 Vienna Insurance Group
 Štefánikova 17, 811 05 Bratislava
 Meno a priezvisko sprostredkovateľa poistenia / podpis (v prípade fin. agenta - makléra uvedte meno a priezvisko osoby zastupujúcej tohto makléra) (183)
 Meno a priezvisko (palčkovým písmom) / podpis klienta

INFORMÁCIE O POISŤNÍKOVI A PREHLÁSENIE POISŤNÍKA O ZDROJOCH PEŇAŽNÝCH PROSTRIEDKOV

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

Priezvisko / Obchodné meno poisťníka

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

Krstné meno poisťníka

Titul

Muž

Št. prísl.

E - mail

Žena

Vzťah medzi poisťníkom a poisteným :

tá istá osoba

rodinný príslušník

zamestnávateľ

spolujateľ

(aj viacero možností súčasne)

iný vzťah → špecifikujte: _____

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

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 záznamu je potrebné vypísať len v prípade základnej starostlivosti o klienta, t.j. v prípade ak výška poisťného za kalendárny rok > 1 000 EUR alebo jednorazové poisťné > 2 500 EUR.)

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?

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 viacero 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 viacero 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 záznamu.)

ZDROJE PEŇAŽNÝCH PROSTRIEDKOV / INVESTÍCIÍ / POISŤNÍKA

Vysvetlite, prosím, starostlivo a podrobne pôvod všetkých zdrojov peňažných prostriedkov, investícií a nákladov na poisťné, 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 / POISŤNÉHO / NÁKLADOV A CIEN

Deklarujte, prosím, objektívne a pravdivo VŠETKY INVESTIČNÉ POLOŽKY/POISŤNÉ/CENY zahrnuté do zvolenej finančno-poisťnej operácie predstavujúcej ponúkanú službu poisťovateľa.

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

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

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 zázname 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 poisťníka (ak je iný ako poistený)

Sprostredkovateľ poistenia týmto vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že identifikoval a overil identifikáciu poisťníka 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 poisťníka: _____	Číslo dokladu totožnosti: _____	Vydaný kým: _____	Platný do: _____

UPOZORNENIE!

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

 (v prípade fin. agenta-makléra uveďte meno a priezvisko osoby zastupujúcej tohto makléra)

VYSVETLIVKY: ● nehodiace sa prečiarknite; PO - právnická osoba - podnikateľský subjekt; FOP - fyzická osoba podnikateľ - podnikajúca osoba

INŠTRUKCIA PRE SPROSTREDKOVATEĽA POISŤENIA! Túto stranu záznamu (strana 2/2) je potrebné vypísať len v prípade rokovania o možnosti uzavretia životného poistenia.