

podľa ustanovenia § 788 a nasl. Občianskeho zákonníka

od 

0	1	0	1	2	0	1	8
---	---	---	---	---	---	---	---

do 

3	1	1	2	2	0	1	8
---	---	---	---	---	---	---	---

uzaviera

## ÚRAZOVÉ POISTENIE UCHÁDZAČOV O ZAMESTNANIE

počas vykonávania menších obecných služieb pre obec alebo pre rozpočtovú organizáciu alebo príspevkovú organizáciu, ktorej zriaďovateľom je obec, resp. dobrovoľníckej činnosti, na základe dohody uzatvorenej v zmysle ust. § 12 ods. 3 písm. b) bod 4. a 5. Zákona č. 417/2013 Z.z. o pomoci v hmotnej núdzi a o zmene a doplnení niektorých zákonov

číslo

5	1	9	0	0	3	8	9	6	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

s

Mesto Turzovka - Mestský úradJašíková č. 178, 023 54 Turzovka003143310204617002/56000904215303

zastúpený

JUDr. Ľubomír Golis

štatutárny zástupca

Poistník

adresa

IČO

bankové spojenie

číslo telefónu

Došlo dňa:	
Číslo spisu:	Registračné číslo:
Počet príloh:	Referent: <i>MRTUŠOVÁ</i>
Registračná značka:	Znak hodnoty a lehota uloženia:

Touto poisťnou zmluvou uzaviera poistník úrazové poistenie v prospech uchádzačov o zamestnanie, ako osôb pre výkon menších obecných služieb pre obec alebo pre rozpočtovú organizáciu alebo príspevkovú organizáciu, ktorej zriaďovateľom je obec, resp. ako osôb pre výkon dobrovoľníckej činnosti, na základe dohody uzatvorenej v zmysle ust. § 12 ods. 3 písm. b) bod 4. a 5. zákona č. 417/2013 Z. z. o pomoci v hmotnej núdzi a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Poistenie sa vzťahuje na vyššie uvedené osoby pri plnení pracovných úloh počas vykonávania menších obecných služieb pre obec alebo pre rozpočtovú organizáciu alebo príspevkovú organizáciu, ktorej zriaďovateľom je obec, resp. počas vykonávania dobrovoľníckej činnosti, na základe dohody uzatvorenej v zmysle ust. § 12 ods. 3 písm. b) bod 4. a 5. zákona č. 417/2013 Z. z. o pomoci v hmotnej núdzi 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:

	Poisťná suma	Poisťné
- 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	x	Jednorazové poisťné na 1 pracovné miesto	Koef. ÚNP	Upravené jednorazové poisťné na 1 pracovné miesto	=	Jednorazové poisťné za pracovné miesta spolu
1		3,25 EUR	1	3,25 EUR		3,25 EUR

## Zmluvné dojednania

- 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 12 mesiacov.
- Poistné je splatné jednorazovo najneskôr v deň účinnosti poistnej zmluvy.
- 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.
- 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 menších obecných služieb pre obec alebo pre rozpočtovú organizáciu alebo príspevkovú organizáciu, ktorej zriaďovateľom je obec, resp. v priamej súvislosti s výkonom dobrovoľníckej činnosti na základe dohody uzatvorenej v zmysle ust. § 12 ods. 3 písm. b) bod 4. a 5. zákona č. 417/2013 Z. z. o pomoci v hmotnej núdzi a o zmene a doplnení niektorých zákonov,
  - 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 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.
  - 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 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.
  - 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 poistnej sumy alebo odmietnutie poistného plnenia zo strany poisťovne.

VČadci, dňa 30.12.2012

MES  
VKA  
023 54  
10  
JUDr. Ľubomír Golis  
Podpis poistníka

KOMUNÁLNA  
POISŤOVŇA  
VIENNA INSURANCE GROUP  
KOMUNÁLNA poisťovňa a.s.  
Ulica Ľudovíta Štefánika 17, 811 05 Bratislava  
IČO: 31 501 545 IČ DPH: SK2102000746 (43)  
Podpis zástupcu poisťovne  
2700112897

**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/zamestnanca: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ Kontaktný telefón: \_\_\_\_\_

Trvalý pobyt (prechodný pobyt)/Miesto podnikania/Sídlo: \_\_\_\_\_

Právna forma (pri podnikajúcej osobe): \_\_\_\_\_ 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

**A. Meno a priezvisko osoby, ktorá sa informuje o možnostiach poistenia/zmeny poistenia**

Trvalý pobyt/miesto podnikania/korešpondenčná adresa: \_\_\_\_\_ Kontaktný telefón/e-mail: \_\_\_\_\_

Redné číslo/miesto narodenia: \_\_\_\_\_ Št. prísl.: \_\_\_\_\_ Číslo bankového účtu\*: \_\_\_\_\_

Identifikácia: \_\_\_\_\_ Druh dokladu totožnosti: \_\_\_\_\_ Číslo dokladu totožnosti: \_\_\_\_\_

IČO: \_\_\_\_\_ DIČ: \_\_\_\_\_

**B. Meno a priezvisko/obchodné meno/názov osoby, v prospech ktorej má byť uzatvorené poistenie/vykonaná zmena poistenia (ak je odlišná od osoby v časti A)**

Trvalý pobyt/sídlo/miesto podnikania/korešpondenčná adresa: \_\_\_\_\_ Kontaktný telefón/e-mail: \_\_\_\_\_

Redné číslo/miesto narodenia: \_\_\_\_\_ Št. prísl.: \_\_\_\_\_ Číslo bankového účtu\*: \_\_\_\_\_

Identifikácia: \_\_\_\_\_ Druh dokladu totožnosti: \_\_\_\_\_ Číslo dokladu totožnosti: \_\_\_\_\_

IČO: 00314339 DIČ: \_\_\_\_\_

Vzťah medzi osobou "A" a "B": SPRÁVA OBCE

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

**POŽIADAVKY A POTREBY KLIENTA S OHLADOM NA POSKYTOVANÉ SLUŽBY**

1. Udržanie životnej úrovne v dospelom veku  
→ ďalší dôchodok  Áno  Nie

2. Ochrana príjmu a rodiny pred nepredvídanými udalosťami  
→ strata života, choroba, úraz  Áno  Nie

3. Budúcnosť vašich detí  
→ štúdium, štart do života  Áno  Nie

4. Vaše bývanie  
→ kúpa nehnuteľnosti, rekonštrukcia nehnuteľnosti  Áno  Nie

5. Ochrana vášho majetku  
→ auto, nehnuteľnosť, domácnosť  Áno  Nie

6. Iné  
→ poistenie zodpovednosti, cestovné poistenie, investovanie  Áno  Nie

**FINANČNÁ SITUÁCIA KLIENTA**

Výdavky	Príjmy
→ bývanie EUR	→ čistý príjem EUR
→ domácnosť EUR	→ počet plátov ročne EUR
→ cestovné EUR	→ odmeny EUR
→ deti EUR	→ výplatný deň EUR
→ splátky/závazky EUR	Celkové príjmy EUR
→ sporenia/poistenia EUR	Voľné prostriedky EUR
→ ostatné EUR	
Celkové výdavky EUR	
Iné skutočnosť: _____	

**ZNALOSTI A SKÚSENOSTI KLIENTA S OHLADOM NA POSKYTNUTÉ SLUŽBY**

ne klient  
 bývalý klient  
 súčasný klient  
 iné:

**ODPORÚČANIA SPROSTREDKOVATEĽA S OHLADOM NA ZISTENÉ INFORMÁCIE O KLIENTOVI**

Finančná služba: _____	Finančná služba: _____
Produkt: _____	Produkt: _____
Zdôvodnenie: _____	Zdôvodnenie: _____
Náklady: _____	Náklady: _____

**KLIENTOM ZVOLENÉ RIEŠENIE**

Finančná služba: _____	Finančná služba: _____
Produkt, návrh zmluvy č.: _____	Produkt, návrh zmluvy č.: _____
Zdôvodnenie: _____	Zdôvodnenie: _____
Náklady: _____	Náklady: _____

Klient svojím podpisom potvrdzuje správnosť a úplnosť tohto záznamu, a že prevzal jeho kópiu. Na základe slobodnej voľby klienta (a číslo pripravovanej poistnej zmluvy/ poistného návrhu) →

Klient berie na vedomie, že tento záznam nie je návrhom na uzavretie poistnej zmluvy v zmysle príslušných občianskych právnych 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 a sprostredkovateľ poistenia podľa 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 a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, zákonom č. 186/2009 Z. z. o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve a zákonom č. 359/2015 Z. z. o automatickej výmene informácií o finančných účtoch pre účely správy daní.  
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 a že text poučenia je možné nájsť aj na webovej stránke spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, www.kpas.sk.

Sprostredkovateľ poistenia týmto vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že identifikoval a overil identifikáciu klienta ako aj overil ostatné údaje uvedené v tomto zázname na základe jeho dokladu totožnosti (OP/PAS/výpisu ORSR, ŽRSR alebo iného registra/doklad o DIČ).

V Cu y dňa 20.12.2017 čas jednania (hod.:min.) 117

Meno a priezvisko sprostredkovateľa poistenia / podpis (v prípade finančného agenta uveďte meno a priezvisko osoby zastupujúcej finančného agenta): \_\_\_\_\_  
Meno a priezvisko (tlačítkovým písmom)/podpis klienta: JUDr. Ľubomír Golis