

podľa ustanovenia § 788 a nasl. Občianskeho zákonníka

s účinnosťou

od 

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 3 | 0 | 6 | 2 | 0 | 1 | 8 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

do 

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 3 | 0 | 9 | 2 | 0 | 1 | 8 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

uzaviera

## ÚRAZOVÉ POISTENIE UCHÁDZAČOV O ZAMESTNANIE

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

číslo

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5 | 1 | 9 | 0 | 0 | 3 | 3 | 8 | 4 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

s

Obec Košické Olšany Obecný úrad

Poistník

Košické Olšany 118, 044 42 Rozhanovce

adresa

00324361

IČO

bankové spojenie

055/6950230

číslo telefónu

zastúpený

Slavomír Horváth

štatutárny zástupca

Touto poisťovnou zmluvou uzaviera poisťovník 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 poisťovné podmienky pre úrazové poistenie (VPP 1000-3), ktoré sú súčasťou tejto poisťovnej zmluvy.

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

|   | Poisťovná suma | Poisťovné |
|---|----------------|-----------|
| - 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 poisťovné

|   |   |  |           |   |   |   |   |
|---|---|--|-----------|---|---|---|---|
| Počet poistených pracovných miest<br>25 | x | Jednorazové poisťovné na 1 pracovné miesto<br>3,25 EUR | Koef. ÚNP | = | Upravené jednorazové poisťovné na 1 pracovné miesto<br>3,25 EUR | = | Jednorazové poisťovné za pracovné miesta spolu<br>81,25 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.

V Košiciach, dňa 12.6.2018



Podpis poisťníka

KOMUNÁLNA  
POISŤOVŇA

IČO: 46 (58)

Podpis zástupcu poisťovne

3 0 1 3 8 0