

DUSLO: 5-01-2011

FIT Moment

Poistná zmluva na úrazové poistenie osôb zaradených do programu podpory udržiavania pracovných návykov podľa § 52 zákona č. 5/2004 Z.z. o službách zamestnanosti 93119144 * (ďalej len "poistná zmluva")



Generali Slovensko poisťovňa, a.s., Plynárska 7/C, 824 79 Bratislava, Tel.: 0850 111 117, Fax: +421 2 5827 6100, (ďalej len "poisťovňa")

Základné údaje

Poistník	Názov samosprávneho orgánu	iČO	
	OBEC ZBOROV		00322741
Adresa sídla	Priezvisko, meno, titul a pracovná pozícia osoby oprávnenej konať v mene poistníka		
	JAN LUKAC, STAROSTA OBCE		
	Ulica, číslo	PSČ	Obec
LESNÁ 10		08633	ZBOROV
Poistené pracovné miesta	Počet poistených pracovných miest	5	
Oprávnené osoby	V prípade smrti: osoby podľa § 817 Občianskeho zákonníka V prípade trvalej invalidity, dennej dávky pri pobyte v nemocnici: poistená osoba		

Údaje o skupinovom úrazovom poistení

Začiatok poistenia	04.01.2011	Poistná doba v mesiacoch:	4
Poistné krytie	<input checked="" type="checkbox"/> 4 - hodinové krytie (pracovné úrazy) <input type="checkbox"/> 7,5 - hodinové krytie (pracovné úrazy)		
Poistené riziká pre tarifu NUP	Poistná suma		Poistné
			v EUR v Sk
<input checked="" type="checkbox"/> smrť úrazom	3 320,00 EUR	100 018,32 Sk	0,13
<input checked="" type="checkbox"/> trvalá invalidita spôsobená úrazom s lineárnym poistným plnením	3 320,00 EUR	100 018,32 Sk	0,20
<input type="checkbox"/> denná dávka pri pobyte v nemocnici od 1. dňa	3,50 EUR	105,44 Sk	0,18
Od 1.1.2009 vrátane, hlavná mena pre účely tejto poistnej zmluvy je euro a informatívna mena je slovenská koruna. Konverzný kurz: 1 € = 30,1260 Sk.		Poistné za 1 mesiac / 1 pracovné miesto	0,51
		Poistné za všetky pracovné miesta	2,55
		Počet mesiacov	4
		Celkové poistné za poistnú dobu	10,2
		Riziková prirážka	%
		Celkové poistné za skupinu s prirážkou	10,2
Spôsob platenia poistného	jedorazovo za celú poistnú dobu na účet číslo: 1002008/0200		
Druh inkasa	<input type="checkbox"/> poštová poukážka <input type="checkbox"/> prevod z účtu		

Vyhlasenie poistníka/osoby oprávnenej konať v mene poistníka: Svojím podpisom potvrdzujem, že som zodpovedal pravdivo a podľa svojho najlepšieho vedomia všetky zadané otázky a údaje. Potvrdzujem, že som sa oboznámil s plným znením „Záverečných ustanovení“, ktoré tvoria súčasť poistnej zmluvy a že som obdržal Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie a informácie podľa § 792a Občianskeho zákonníka. Vyhlasujem, že osobné údaje a údaje o zdravotnom stave poistených osôb poskytujem prevádzkovateľovi Generali Slovensko poisťovňa, a.s. na základe písomného splnomocnenia poistených osôb a poskytnutím jej osobných údajov a údajov o jej zdravotnom stave na spracovanie prevádzkovateľom Generali Slovensko poisťovňa, a.s., a jeho zmluvnými partnermi, najmä spoločnosťami Slovenská pošta, a.s. a VÚB, a.s., na účely vykonávania poisťovacej činnosti, zaisťovacej činnosti a ďalších činností vymedzených zákonom o poisťovníctve vrátane sprístupnenia osobných údajov a údajov o zdravotnom stave tretím osobám v súvislosti so správou poistenia a likvidáciou poistných udalostí a zaisťovacím spoločnostiam na výkon zaisťovacej činnosti za podmienok podľa § 23 zákona č. 428/2002 Z.z., na vykonávanie marketingovej činnosti súvisiacej s poisťovacou činnosťou priamo prevádzkovateľom Generali Slovensko poisťovňa, a.s. alebo jeho zmluvnými partnermi ako aj na poskytnutie a sprístupnenie osobných údajov spoločnostiam, ktoré Generali Slovensko poisťovňa, a.s. poverila vymáhaním svojich oprávnených nárokov vyplývajúcich z poistnej zmluvy, a to po dobu nevyhnutne potrebnú na zabezpečenie práv a povinností vyplývajúcich z tohto zmluvného vzťahu a ďalej po dobu vyplývajúcu zo všeobecných záväzných právnych predpisov. Vyhlasujem, že poistená osoba splnomocnila poisťovateľa, aby v jej mene nadviazal kontakt s lekármi a zdravotníckymi zariadeniami a vyžiadala si od nich potrebné informácie, týkajúce sa tohto právneho vzťahu, bez obsahového obmedzenia. Vyhlasujem, že som bol v súlade so zákonom o ochrane osobných údajov poučený o svojich právach a o právach a povinnostiach prevádzkovateľa Generali Slovensko poisťovňa, a.s., najmä o jeho práve prístupu k osobným údajom a zodpovednosti za ich porušenie. Som si vedomý, že som oprávnený vyššie udelený súhlas odvolať s tým, že jeho účinky nastanú okamihom vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy. Svojím podpisom potvrdzujem duálne zobrazenie finančných hodnôt poisťovateľom v zmysle všeobecne záväzných právnych predpisov a skutočnosť, že mi pri uzatváraní poistnej zmluvy boli poskytnuté informácie o opatreniach, pravidlách a postupoch, ktoré poisťovateľ vykonal na zabezpečenie plynulého a nerušeného prechodu zo slovenskej meny na euro.

Miesto a dátum dojednávania	Pečiatka poistníka
BARDEJTY, 03.01.2011	
<i>ukolov 14.1.2011</i>	
Meno a priezvisko sprostredkovateľa	Ziskateľské číslo sprostredkovateľa
ING. REPÁŠIK Jozef	80007983

SK 23.019.04.08

Záverečné ustanovenia

Neoddeliteľnou súčasťou tejto poisťnej zmluvy je:

- 1) výpis z obchodného registra poisťníka alebo výpis zo živnostenského registra alebo zriaďovacia listina
- 2) Všeobecné poisťné podmienky pre úrazové poistenie

Zamestnanci poisťovateľa sú povinní zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach týkajúcich sa poistenia fyzických a právnických osôb podľa zákona o poisťovníctve. Poistenie začína odo dňa dojednaného ako začiatok poistenia, ktorý je uvedený v poisťke. Každá zo zmluvných strán je oprávnená poistenie vypovedať najneskôr jeden deň pred dátumom začiatku poistenia dohodnutým v poisťnej zmluve.

Zmluvné dojednania

Poistená osoba je osoba, ktorá je evidovaná úradom práce, sociálnych vecí a rodiny (ďalej len "ÚP") ako uchádzač o zamestnanie a na základe dohody medzi ÚP a obcou vykonáva práce podľa § 53 zákona č. 5/2004 Z.z. o službách zamestnanosti.

Poistenie sa vzťahuje na pracovné úrazy, ktoré poistená osoba utrpí pri výkone práce.

Poisťné plnenie pri trvalej invalidite je splatné od 1% trvalej invalidity hodnotenej podľa Všeobecných poisťných podmienok pre úrazové poistenie.

Pri šetrení poisťnej udalosti má poisťník povinnosť predložiť poisťovateľovi:

- 1) kompletne vyplnené tlačivo „Oznámenie o úraze“
- 2) kópiu evidencie uchádzača o zamestnanie podľa § 53 zákona č. 5/2004 Z.z. o službách zamestnanosti a v prípade pochybností dokázať, že úraz vznikol počas vykonávania činnosti podľa § 53 zákona č. 5/2004 Z.z. o službách zamestnanosti.

Poisťovateľ má právo požadovať od ÚP všetky podklady potrebné k vyšetrovaniu poisťnej udalosti a nahliadať do všetkých rozhodujúcich podkladov dokumentujúcich poisťnú udalosť.