

Kooperativa  VIENNA INSURANCE GROUP	
Došlo dňa:	12-03-2018
Číslo:	Pridelené:
KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group 19	
AGENTÚRA PRE MAKLEROV - PRACOVISKO NITRA	

POISTNÁ ZMLUVA
skupinové úrazové poistenie

číslo : 123 – 9000-566

KOOPERATIVA poisťovňa, a.s., Vienna Insurance Group
Centrála spoločnosti
Štefanovičova 4, 816 23 BRATISLAVA

v zastúpení: **Ing. František Kuzma** , Špecialista neživotného poistenia
Mgr. Nataša Motúzová , špecialista neživotného poistenia

IČO: 00 585 441
IČ DPH: SK2020527300

zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, odd. Sa, vl. č. 79/B

(ďalej len „poisťovňa“)

a

Obec Kamenín

94357 Kamenín

v zastúpení: **Jozef Grman** , Starosta obce

IČO: 0 030 896 0

(ďalej len „poistený“)

u z a t v o r i l i
prostredníctvom maklérskej spoločnosti
AFB.

podľa § 788 Občianskeho zákonníka túto poistnú zmluvu o úrazovom poistení.

Pre toto poistenie platia príslušné ustanovenia Všeobecných poistných podmienok poisťovne č. 805, ktoré s poistnou zmluvou tvoria nedeliteľný celok.

**Článok I.
POISTENÉ OSOBY**

Touto poistnou zmluvou sú poistení pracovníci na práce menších obecných služieb, vždy na mieste určenia organizátorom / podľa zoznamu - príloha PZ /.

Poistených je počet osôb: 15

V prípade poistnej udalosti je poistený povinný do 5-tich dní predložiť poisťovní menný zoznam pracovníkov ku dňu poistnej udalosti .

**Článok II.
POISTNÁ UDALOSŤ**

Poistnou udalosťou je úraz poistenej osoby, ktorý spôsobí

- smrť úrazom
- trvalé následky úrazu
- čas nevyhnutného liečenia úrazu dlhší ako 14 dní

**Článok III.
ROZSAH NÁROKOV**

smrť úrazom

⇒ ak poistená osoba zomrie na následky úrazu, ku ktorému došlo počas trvania poistenia, vyplatí poisťovňa osobám podľa § 817 Občianskeho zákonníka

poistnú sumu 3.319,00EUR

trvalé následky úrazu

⇒ ak poistená osoba utrpí počas trvania poistenia úraz, ktorý zanechá trvalé následky, vyplatí poisťovňa príslušné % podľa oceňovacích tabuliek poisťovne, zodpovedajúce rozsahu trvalých následkov po ich ustálení

z poistnej sumy 3.319,00EUR

čas nevyhnutného liečenia úrazu

⇒ ak poistená osoba utrpí počas trvania poistenia úraz, ktorý si vyžiada dobu liečenia dlhšiu ako 14 dní, vyplatí jej poisťovňa príslušné % podľa oceňovacích tabuliek poisťovne zodpovedajúce povahe a rozsahu telesného poškodenia príslušné percento

z poistnej sumy 664,00EUR

Poistenie sa vzťahuje i na cesty na a z miesta výkonu poistenej činnosti.

Poistné plnenie vyplatí poisťovňa v slovenskej mene.

Článok IV. ZAČIATOK A KONIEC POISTENIA

Poistenie sa dojednáva na dobu určitú od 01.03.2018 do 31.12.2018 ;

t.j. 10mesiacov

Článok V. POISTNÉ

POISTENÉ RIZIKO	POISTNÉ SUMY
Smrť úrazom	3.319,00EUR
Trvalé následky	3.319,00EUR
Čas nevyhnutného liečenia	664,00EUR

poistné pre jedného brigádnika

za poistné obdobie

5,64,- EUR

60% zľava za čiastočný výkon práce

Riziková skupina II.

Jeden brigádnik odpracuje v priemere 16 hodín za týždeň.

Počet poistených osôb: 15

Počet mesiacov (podľa trvania zmluvy): 10

Výsledné poistné za poistné obdobie od 03.09.2017-31.12.2017

(počet osôb x 5,64 EUR): 15 x 5,64 = 84,60 EUR

Organizátor je povinný vyúčtované poistné zaplatiť prevodným príkazom na účet :

Kooperatíva poisťovňa, a.s.

Štefanovičova 4

816 23 Bratislava

Číslo účtu : 175126457/0900 Slovenská sporiteľňa a.s.

variabilný symbol : číslo návrhu poistnej zmluvy

konštantný symbol : 3558

Článok VI.

HLÁSENIE POISTNÝCH UDALOSTÍ

- ☐ vznik poistnej udalosti hlási organizátor bez zbytočného odkladu na príslušnom tlačive poisťovne, organizátor potvrdí, že k poistnej udalosti došlo pri poistenej činnosti
- ☐ pre uplatnenie nárokov v prípade trvalých následkov úrazu je potrebné predložiť vyplnené a lekárom potvrdené tlačivo poisťovne Oznámenie o úraze a potvrdenie lekára o rozsahu trvalých následkov
- ☐ pre uplatnenie nárokov za čas nevyhnutného liečenia úrazu je potrebné predložiť vyplnené a lekárom potvrdené tlačivo poisťovne Oznámenie o úraze
- ☐ poisťovňa má právo vyžiadať ďalšie doklady potrebné pre likvidáciu poistnej udalosti a preverovať podklady, podľa ktorých bol vyhotovený doklad o úraze.

Článok VII.

SPOLOČNÉ USTANOVENIA

Poistenie podľa tejto zmluvy sa riadi príslušnými ustanoveniami Občianskeho zákonníka a Všeobecnými poistnými podmienkami pre úrazové poistenie Kooperatívy, a.s. č. 805 a Osobitnými poistnými podmienkami pre pripoistenie úrazu, práceneschopnosti a invalidity č. 815, ktorých prevzatie organizátor potvrdzuje svojím podpisom.

Článok VIII.

ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

V zmysle § 800 Občianskeho zákonníka sa dojednáva, že túto poistnú zmluvu môže vypovedať každá zo zmluvných strán do dvoch mesiacov od

uzatvorenia poistnej zmluvy. Výpovedná lehota je 8-denná a po jej uplynutí poistenie zanikne.

V Nitre, dňa 01.03.2018

pečiatka a podpis poisťovne

V Nitre, dňa 01.03.2018

pečiatka a podpis poisteného





VYHLÁSENIE POISTNÍKA

Meno a priezvisko: JOZEF GRAYN

Dolu podpísaný, týmto ako poistník na poistnej zmluve č. návrhu

1	2	3	9	0	0	0	5	6	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

VYHLASUJEM

a svojím podpisom jednoznačne a nespochybniteľne potvrdzujem, že som s dostatočným časovým predstihom pred uzatvorením poistnej zmluvy bol písomne oboznámený s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatváraného poistenia a prevzal som predzmluvný dokument:

- ☐ Dokument s kľúčovými informáciami (KID)
- ☐ Konkrétne informácie o fonde
- ☐ Formulár o dôležitých podmienkach uzatváranej poistnej zmluvy
- ☐ Informačný dokument o poistnom produkte (IPID).

✓ Kooperativa

dňa 01.01.2018

podpis poistníka

Valéria Lengyel
Vojtech Molnár
Júlia Jároková
Luboš Jároka
Gizela Bandová
Dezider Csóka
Júlia Jároková
Emil Banda
Gejza Banda
Roland Banda
Darina Pólyová
Róbert Kovács
Antónia Pongráczová
Jozef Mechura
Alžbeta Molnárová