

4/2011

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 (ďalej len "poistná zmluva")

93121129



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	OBEC TURŇA NAD BODVOU	IČO	00691313
	Priezvisko, meno, titul a pracovná pozícia osoby oprávnenej konať v mene poistníka	MOLNAR PAVOL	Telefónne číslo	
Adresa sídla	Ulica, číslo	MOLDAVSKA CESTA 499/39	PSČ	04402
	Obec	TURŇA NAD BODVOU		
Poistené pracovné miesta	Počet poistených pracovných miest	150		
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: 01.01.2011 Poistná doba v mesiacoch: 6

Poistné krytie: 4 - hodinové krytie (pracovné úrazy) 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		

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: 0,33

Poistné za všetky pracovné miesta: 49,50

Počet mesiacov: 6

Celkové poistné za poistnú dobu: 297,00

Riziková prírážka: %

Celkové poistné za skupinu s prírážkou: 297,00

Spôsob platenia poistného: jednorazovo za celú poistnú dobu na účet číslo: 100200810200

Druh inkasa: poštová poukážka 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 poistenej osoby s 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 vyžiadal 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 sú potrebné na zabezpečenie plynulého a nerušeného prechodu zo slovenskej meny na euro.

Miesto a dátum dojednávania	Podpis poistníka	Pečiatka poistníka
TURŇA NAD BODVOU	<i>[Signature]</i>	
Meno a priezvisko sprostredkovateľa	Ziskateľské číslo sprostredkovateľa	Podpis sprostredkovateľa
Ing. BEDNÁTHOVA	80021284	<i>[Signature]</i>

SK 23.019.04.10