

**POISTNÁ ZMLUVA**  
**skupinové úrazové poistenie**

**číslo : 123 – 2046367**

**KOOPERATIVA poisťovňa, a.s., Vienna Insurance Group**

Centrála spoločnosti  
Štefanovičova 4, 816 23 BRATISLAVA

v zastúpení: **Boris Kuzmický**  
**Alžbeta Koltai**

riaditeľ AG Nitra  
poisťovací poradca, Komárno

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**

Poistník: **Obec**  
**122**  
**946 01 Kameničná**

v zastúpení: Ing. Milan Lehocký Starosta obce

IČO: **00306459**

Bankové spojenie:  
Číslo účtu

(ďalej len „poistený“)

**u z a t v o r i l i**  
prostredníctvom spoločnosti KOOPERATIVA poisťovňa a.s.

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 občania v hmotnej núdzi, podľa § 10 zákona č. 417/2013 Z.z. o pomoci v hmotnej núdzi v platnom znení, vždy na mieste určenia organizátorom.

Poistených je počet osôb: 17  
V prípade poistnej udalosti je poistený povinný do 5-tich dní predložiť poisťovni 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 3.319,00 EUR**

### **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 3.319,00 EUR**

### **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 664,00 EUR**

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

Poisťovňa vyplatí poistné plnenie v eurách.

**Článok IV.  
ZAČIATOK A KONIEC POISTENIA**

Poistenie sa dojednáva na dobu určitú od 01.8.2014 do 31.12.2014, t.j. na 5 mesiacov.

**Článok V.  
POISTNÉ**

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

|                                          |          |
|------------------------------------------|----------|
| zľava za čiastočný výkon práce           | 60%      |
| poistné pre jedného brigádnika za mesiac | 0,49 EUR |

**Riziková skupina II.**

Pracovná činnosť jedného občana sa uskutočňuje v rozsahu 32 hodín mesačne, a to formou menších obecných služieb pre obec alebo rozpočtovú organizáciu alebo príspevkovú organizáciu, ktorej zriaďovateľom je obec.

Počet poistených osôb: 17

Poistovňa na základe predložených zoznamov brigádnikov vypočíta poistné a do 5. dňa nasledujúceho mesiaca predloží organizátorovi vyúčtovanie poistného.

Organizátor je povinný vyúčtované poistné zaplatiť prevodným príkazom do 25. dňa mesiaca na účet:

Kooperatíva poisťovňa, a.s.

Štefanovičova 4

816 23 Bratislava

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

variabilný symbol : 1232046367

konštantný symbol : 3558

**Článok VI.  
HLÁSENIE POISTNÝCH UDALOSTÍ**

- ☐ vznik poistnej udalosti hlási organizátor bez zbytočného odkladu na príslušnom tlačíve 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 tlačívo 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 poisťnej udalosti a preverovať podklady, podľa ktorých bol vyhotovený doklad o úraze.

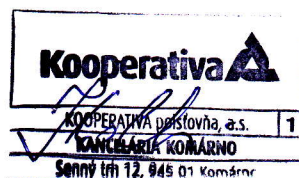
#### **Článok VII. SPOLOČNÉ USTANOVENIA**

Poistenie podľa tejto zmluvy sa riadi príslušnými ustanoveniami Občianskeho zákonníka a Všeobecnými poisťnými podmienkami pre úrazové poistenie Kooperatívy, a.s. č. 805 a Osobitnými poisťnými 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 poisťnú zmluvu môže vypovedať každá zo zmluvných strán do dvoch mesiacov od uzatvorenia poisťnej zmluvy. Výpovedná lehota je 8-denná a po jej uplynutí poistenie zanikne.

V Komárne, dňa 31.07.2014



.....  
Pečiatka a podpis poisťovne

**Obec Kameničná  
946 01 Kameničná**

V Komárne, dňa 31.07.2014

.....  
Pečiatka a podpis poisteného