



Poistná zmluva

KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group
Štefánikova 17, 811 05 Bratislava, IČO: 31 595 545, DIČ: 2021097089, IČ DPH: SK7020000746.
Spoločnosť je členom skupiny registrovanej pre DPH, zapísaná v Obchodnom registri Mestského súdu Bratislava III, oddiel: Sa, vložka č. 3345/B (ďalej len „poisťovňa“).

číslo poistnej zmluvy **519 0 0 6 8 8 9 7**
ziskateľské číslo sprostredkovateľa **1012035782**

POISTNÍK

Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko)/Názov firmy Muž Žena
 OBEC FIGA

Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto)/Sidlo PSC
 č.11 9 | 8 | 2 | 5 | 1

Korešpondenčná adresa (ulica, číslo domu, mesto), ak je iná, ako adresa trvalého bydliska PSC
 _____ | | | | |

Dátum narodenia Rodné číslo/ IČO Štátna príslušnosť Mobilný telefón/Tel. kontakt
 _____ 0 | 0 | 3 | 1 | 8 | 6 | 7 | 1 | _____ _____

Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa)/Štatutárny zástupca (priezvisko, meno, titul)

E-mail

Poistník Nemenované osoby

POISTENÝ

Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko)/Názov firmy Muž Žena

Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto)/Sidlo PSC
 _____ | | | | |

Korešpondenčná adresa (ulica, číslo domu, mesto), ak je iná, ako adresa trvalého bydliska PSC
 _____ | | | | |

Dátum narodenia Rodné číslo/ IČO Štátna príslušnosť Mobilný telefón/Tel. kontakt
 _____ _____ _____ _____

OPRÁVNENÉ OSOBY V prípade smrti poisteného má právo na plnenie osoba/osoby v zmysle § 817 Občianskeho zákonníka

ĎALŠIE DOJEDNANIA

Touto poistnou zmluvou uzatvára úrazové poistenie uchádzač o zamestnanie alebo poistník v prospech uchádzačov o zamestnanie, nahlásených poistníkom na príslušný úrad práce, sociálnych vecí a rodiny ako osoby zúčastňujúce sa nižšie uvedeného projektu alebo programu v zmysle ust. § 54 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 uvedené osoby pri plnení pracovných úloh počas nižšie uvedeného projektu alebo programu v zmysle ust. § 54 zákona o službách zamestnanosti.

Názov projektu alebo programu:

Začiatok poistenia 0 1 0 2 2 0 2 5	Koniec poistenia 3 0 0 4 2 0 2 5	Interval platenia (poistné obdobie) jednorazovo
Spôsob platenia <input type="checkbox"/> príkazom z účtu č.: IBAN _____ SWIFT (BIC) kód banky _____		
<input checked="" type="checkbox"/> poštový peňažný poukaz <input type="checkbox"/> inak _____		
<input type="checkbox"/> prevodom z účtu OPU č.: _____		

Smrť následkom úrazu
Trvalé následky úrazu
Invalidita následkom úrazu
Čas nevyhnutného liečenia úrazu

SNU
TNU
IU
ČNL

Poistná suma	Jednorazové poistné
3 000,00 EUR	1,69 EUR
2 000,00 EUR	1,97 EUR
1 500,00 EUR	2,11 EUR
1 000,00 EUR	4,23 EUR

Počet osôb

1

Jednorazové poistné za 1 poistenú osobu	10,00 EUR
Jednorazové poistné za skupinu	10,00 EUR

PEŇAŽNÝ ÚSTAV POISTOVNE: ČÍSLO ÚČTU IBAN / SWIFT (BIC) KÓD BANKY:

Zľava 0 % 0,00 EUR

Prima banka Slovensko, a.s. SK87 5600 0000 0012 0022 2008 / KOMASK2X
SLSP, a.s. SK28 0900 0000 0001 7819 5386 / GIBASKBX
Tatra banka, a.s. SK60 1100 0000 0026 2322 5520 / TATRSKBX

POISTNÉ

Celkové jednorazové poistné bez dane ¹	9,26 EUR
Daň z poistenia ¹	0,74 EUR
Celkové jednorazové poistné vrátane dane¹	10,00 EUR

Poistné za poskytované poistné krytie sa považuje za uhradené pripísaním poistného, vrátane dane z poistenia¹ na účet poisťovne.

¹ Na toto poistenie sa uplatňuje daň z poistenia podľa zákona č. 213/2018 Z. z. o dani z poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zmluvné dojednania

- Poistenie sa dojednáva na dobu určitú. Účinnosť nadobúda nultou hodinou dňa dojednaného v poisťovej zmluve ako začiatok poistenia, najskôr však od 00:00 hodiny dňa nasledujúceho po dni uzavretia poisťovej zmluvy.
- Poistné je splatné jednorazovo najneskôr v deň účinnosti poisťovej zmluvy.
- Poistnú udalosť je poistený alebo poistník povinný hlásiť písomne do 48 hodín od jej vzniku na predpísanom tlačíve na adresu poisťovne. Náhradu škody rieši poisťovňa priamo s poškodeným.
- Každá zo zmluvných strán môže poistnú zmluvu vypovedať do 2 mesiacov od jej uzavretia, vypovedná lehota je 8 dní. Jej uplynutím poistná zmluva zanikne.
- Výluky z poistenia - okrem prípadov uvedených vo Všeobecných poisťových podmienkach (ďalej len "VPP 1000-11"), sa poistenie nevzťahuje na:
 - úraz, ktorý poistený 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, popri prípade školenie,
 - úraz, ktorý poistený neutrpel v priamej súvislosti s výkonom činnosti v zmysle ust. § 54 zákona o službách zamestnanosti.
 - Týmto poistením je krytý v poisťovej zmluve uvedený počet pracovných miest zvýšený maximálne v troch mesiacoch počas poistného obdobia o 20 %. V prípade prekročenia tohto limitu je poistník povinný požiadať o dopoistenie týchto pracovných miest v opačnom prípade poistné krytie pracovných miest, o ktoré bol v poisťovej zmluve uvedený počet zvýšený zaniká.

Prehlásenie poistníka:

- Poistník svojím podpisom prehlasuje, že:
 - bol s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poisťovej zmluvy písomne oboznámený s obsahom poisťovej zmluvy, VPP 1000-11, Oceňovacími tabuľkami a s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatvárateľ poisťovej zmluvy prostredníctvom Informačného dokumentu o poistnom produkte (ďalej len "IPID") a tiež prehlasuje, že VPP 1000-11, Oceňovacie tabuľky a IPID prevzal v písomnej podobe, alebo neprevzal v písomnej podobe, ale mu boli na základe jeho výslovnej žiadosti zaslané e-mailom na adresu
 - bol s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poisťovej zmluvy písomne oboznámený vo vzťahu k uzatvárateľ poisťovej zmluvy s informáciami o jednotlivých zložkách poistného, a to prostredníctvom Informačného formulára k neživotnému poisteniu a životnému bez odkupnej hodnoty (ďalej len "Formulár") a tiež prehlasuje, že Formulár prevzal v písomnej podobe,
 - úplne a pravdivo odpovedal na všetky otázky týkajúce sa dojednávania poistenia podľa tejto poisťovej zmluvy a je oboznámený s povinnosťami v priebehu trvania poistenia bez zbytočného odkladu oznámiť poisťovni všetky prípadné zmeny v týchto údajoch. 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 poisťovej zmluvy alebo odmietnutie poistného plnenia zo strany poisťovne,
 - pre potreby dojednaného poistenia sa účet uvedený v poisťovej zmluve považuje za kontaktný a v prípade, že počas trvania poistného vzťahu dôjde k zmene, je poistník povinný túto zmenu písomne oznámiť poisťovni, prípadne nahlásiť formou originálneho potvrdenia banky účet iný. V prípade zneužitia účtu alebo neoznámene zmeny účtu nenesie poisťovňa zodpovednosť za prípadnú vzniknutú škodu,
 - peňažné prostriedky použité na úhradu poistného sú jeho vlastníctvom a poistnú zmluvu uzatvára na vlastný účet.
- V prípade, ak poistník a poistená osoba nie sú totožné osoby, poistník svojím podpisom prehlasuje, že má oprávnenie poskytnúť poisťovni osobné údaje poisteného na účely uzatvárania, správy a plnenia tejto poisťovej zmluvy podľa zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
- Poisťovňa informuje poistníka a poisteného, že osobné údaje spracúva v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) (ďalej len „Nariadenie“) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Poistník a poistený prehlasujú, že sa oboznámili s informáciami o spracúvaní jeho osobných údajov podľa Nariadenia, vrátane informácií o jeho právach. Zároveň berú na vedomie, že informácie o
 [redacted] najst' aj na webovej stránke poisťovne www.kpas.sk v časti Ochrana osobných údajov (ochr-udajov).



[redacted] IH35622

podpis poistníka

totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP

KOMUNÁLNA POISŤOVŇA
odtlačok pečiatky právnického zariadenia
WIENNA INSURANCE GROUP

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia (meno a priezvisko čitateľa) KIRALYOVA JAROSLAVA

identifikáciu a overenie identifikácie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených údajov a v mene poisteného

V RIM.SOBOTA

dňa 2 8 0 1 2 0 2 5

podpis sprostredkovateľa poistenia