



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 3 3 5 5**

získateľské číslo sprostredkovateľa **1012035782**

POISTNIK

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

POISTENÝ

Poistník  Nemenované osoby

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  Koniec poistenia  Interval platenia (poistné obdobie)  
 0 | 1 | 0 | 9 | 2 | 0 | 2 | 3 | 2 | 9 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 4 |  jednorazovo  
 Spôsob platenia  príkazom z účtu č.: IBAN  SWIFT (BIC) kód banky   
 poštový peňažný poukaz  inak   
 prevodom z účtu OPU č.:

		Poistná suma	Jednorazové poistné
Smrť následkom úrazu	SNU	3 000,00 EUR	1,69 EUR
Trvalé následky úrazu	TNU	2 000,00 EUR	1,97 EUR
Invalidita následkom úrazu	IU	1 500,00 EUR	2,11 EUR
Čas nevyhnutného liečenia úrazu	ČNL	1 000,00 EUR	4,23 EUR

Počet osôb	Jednorazové poistné za 1 poistenú osobu	10,00 EUR
16	Jednorazové poistné za skupinu	160,00 EUR

PEŇAŽNÝ ÚSTAV POISŤOVNE: ČÍSLO ÚČTU IBAN / SWIFT (BIC) KÓD BANKY: Zľava 0 % 0,00 EUR

Prima banka Slovensko, a.s. SLSP, a.s. Tatra banka, a.s.	SK87 5600 0000 0012 0022 2008 / KOMASK2X SK28 0900 0000 0001 7819 5386 / GIBASKBX SK60 1100 0000 0026 2322 5520 / TATRSKBX	POISŤOVNE	Celkové jednorazové poistné bez dane <sup>1</sup>	148,15 EUR
			Daň z poistenia <sup>1</sup>	11,85 EUR
			<b>Celkové jednorazové poistné vrátane dane<sup>1</sup></b>	<b>160,00 EUR</b>

Poistné za poskytované poistné krytie sa považuje za uhradené pripísaním poistného, vrátane dane z poistenia<sup>1</sup> na účet poisťovne.

<sup>1</sup> 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 poistnej zmluve ako začiatok poistenia, najskôr však od 00:00 hodiny dňa nasledujúceho po dni uzavretia poistnej zmluvy.
- Poistné je splatné jednorazovo najneskôr v deň účinnosti poistnej zmluvy.
- Poistnú udalosť je poistený alebo poistník povinný hlásiť písomne do 48 hodín od jej vzniku na predpísanom tlačive 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 poistných podmienkach (ďalej len "VPP 1000-10"), 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 klasifikáciu, popripade školenie,
  - úraz, ktorý poistený neutrpel v priamej súvislosti s výkonom činnosti v zmysle ust. § 54 zákona o službách zamestnanosti,
  - Týmto poistením je krytý v poistnej 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 poistnej zmluve uvedený počet zvýšený zaniká.

**Prehlásenie poistníka:**

- Poistník svojím podpisom prehlasuje, že:
  - bol s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poistnej zmluvy písomne oboznámený s obsahom poistnej zmluvy, VPP 1000-10, Oceňovacími tabuľkami a s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatváratej poistnej zmluvy prostredníctvom Informačného dokumentu o poistnom produkte (ďalej len "IPID") a tiež prehlasuje, že VPP 1000-10, 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 poistnej zmluvy písomne oboznámený vo vzťahu k uzatváratej poistnej zmluve 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 poistnej zmluvy a je oboznámený s povinnosťami v priebehu trvania poistenia bez zbytočného odkladu oznámiť poisťovní 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 poistnej zmluvy alebo odmietnutie poistného plnenia zo strany poisťovne,
  - pre potreby dojednaného poistenia sa účet uvedený v poistnej zmluve považuje za kontaktný a v prípade, že počas trvania poistného vzťahu dôjde k zmene, je poistník povinný túto zmenu písomne oznámiť poisťovní, prípadne nahlásiť formou originálneho potvrdenia banky účet iný. V prípade zneužitia účtu alebo neoznámenia 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 poisťovní osobné údaje poisteného na účely uzatvárania, správy a plnenia tejto poistnej 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 spracúvaní osobných údajov je možné nájsť aj na webovej stránke poisťovne [www.kpas.sk](http://www.kpas.sk) v časti Ochrana osobných údajov ([www.kpas.sk/stranka/ochrana-osobnych-udajov](http://www.kpas.sk/stranka/ochrana-osobnych-udajov)).



podpis poistníka

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia (meno a priezvisko čitateľne) KIRALYOVA JAROSLAVA  
 identifikáciu a overenie identifikácie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených údajov a v mene  
 V RIM.SOBOTE  
 dňa 01.10.2023  
 KOMUNÁLNA POISŤOVŇA  
 odtlačok pečiatky právnickej osoby  
 KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s.  
 VIER  
 IČO: 31 597  
 podpis sprostredkovateľa poistenia