



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 Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č. 3345/B (ďalej len „poisťovňa“).

číslo poistnej zmluvy **519 0 0 5 5 5 3 7**  
získateľské číslo sprostredkovateľa **307301**

**POISTNIK**

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

Mesto: **Holíč**

Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto)/Sídlo: \_\_\_\_\_ PSC: \_\_\_\_\_

Bratislavská 5, 90851 Holíč 9 | 0 | 8 | 5 | 1

Korespondenčná 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 | 0 | 9 | 5 | 4 | 1 | \_\_\_\_\_ 034/3210541

Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa)/Statutárny zástupca (priezvisko, meno, titul): \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Poistník  Nemenované osoby

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

Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto)/Sídlo: \_\_\_\_\_ PSC: \_\_\_\_\_

Korespondenčná adresa (ulica, číslo domu, mesto), ak je iná, ako adresa trvalého bydliska: \_\_\_\_\_ PSC: \_\_\_\_\_

Dátum narodenia: \_\_\_\_\_ Rodné číslo/  IČO: \_\_\_\_\_ Štátna príslušnosť: \_\_\_\_\_ Mobilný telefón/Tel. kontakt: \_\_\_\_\_

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

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.

**ĎALŠIE DOJEDNANIA** Názov projektu alebo programu: Aktivácia znevýhodnených UoZ - opatrenie č. 2 aktivácia a zaškolenie znevýhodnených UoZ

Začiatok poistenia: **0 1 0 1 2 0 2 3** Koniec poistenia: **3 1 0 5 2 0 2 3** Interval platenia (poistné obdobie): **jednorazovo**

Spôsob platenia:  príkazom z účtu č. IBAN: \_\_\_\_\_ SWIFT (BIC) kód banky: \_\_\_\_\_

poštový peňažný poukaz  mak \_\_\_\_\_

prevodom z účtu OPÚ č.: \_\_\_\_\_

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

SMU  
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

8

Jednorazové poistné za 1 poisteniu osobu

10,00 EUR

Jednorazové poistné za skupinu

80,00 EUR

PENAZNÝ ÚSTAV POISTOVNE: ČÍSLO ÚČTU IBAN / SWIFT (BIC) KOD BANKY:

Zlava

0 %

0,00 EUR

Prima banka Slovensko, a.s.  
SLSP, a.s.  
Tatra banka, a.s.

SK87 5500 0000 0012 0022 2008 / KOMASK2X  
SK28 0900 0000 0001 7819 5386 / GIBASKBX  
SK60 1100 0000 0026 2322 5520 / TATRSKBX

POISTNÉ

Celkové jednorazové poistné bez dane<sup>1</sup>

74,07 EUR

Daň z poistenia<sup>1</sup>

5,93 EUR

Celkové jednorazové poistné vrátane dane<sup>1</sup>

80,00 EUR

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 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, výpovedná lehota je 8 dní. Jej uplynutím poistná zmluva zanikne.
- Výluky z poistenia - okrem prípadov uvedených vo Všeobecných poistných podmienkach (ďalej len "VPP 1000-9"), 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, popri prípade školenie,
- úraz, ktorý poistený neutrpel v priamej súvislosti s výkonom činnosti v zmysle ust. § 54 zákona o službách zamestnanosti.

6. 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 doposietenie 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 1000-9 a s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatvárajúcej poistnej zmluvy prostredníctvom Informačného dokumentu o poistnom produkte (ďalej len "IPID") a tiež prehlasuje, že VPP 1000-9 a IPID prevzal v písomnej podobe, alebo  že VPP 1000-9 a IPID neprevzal v písomnej podobe, ale mu boli na základe jeho výslovnej žiadosti zaslané e-mailom,
  - bol s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poistnej zmluvy písomne oboznámený vo vzťahu k uzatvárajúcej 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 neoznámia 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 prámi, že sa oboznámili s informáciami o spracúvaní jeho osobných údajov podľa Nariadenia, vrátane inf Záraven berú na vedomie, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť aj na web poisťovne [www.kpas.sk](http://www.kpas.sk) v časti Ochrana osobných údajov ([www.kpas.sk/stranka/ochrana-osobny](http://www.kpas.sk/stranka/ochrana-osobny)) a súhlasujú,

po

st' overená  
a OP alebo CP

odtl

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia (meno a priezvisko čitateľne) Kadličková Petronela  
 identifikáciu a overenie identifikácie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených údaj

v

Senici

dňa

2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2

podpis sprostredkovateľa poistenia

Podpísal som / som  
 a súhlasím s uzavretím  
 poistnej zmluvy.