



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 7 9 7 4

získatelské číslo
společnostky

1007132457

POISTNÍK

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

Obec Stráne pod Tatrami

Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto)/Sídlo

Stráne pod Tatrami 2, 059 76 Stráne pod Tatrami

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

Dátum narodenia

☐ Rodné číslo/☒ IČO

Štátna príslušnosť

Mobilný telefón/Tel. kontakt

000000

00326593

Slovenská

0524522912

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

Rastislav Sloveňák

E-mail

Muž

Žena

☐

☐

PSČ

05976

PSČ

0000

POISTENÝ	☐ Poistník ☒ Nemenované osoby			
	Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko)/Názov firmy			Muž ☐ Žena ☐
	Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto)/Sídlo			PSČ
	Korespondenčná adresa (ulica, číslo domu, mesto), ak je iná, ako adresa trvalého bydliska			PSČ
	Dátum narodenia	☐ Rodné číslo / ☐ IČO	Štátna príslušnosť	Mobilný telefón/Tel. kontakt

OPRÁVNĚNÉ OSOBY

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

Touto poisnou zmluvou uzatvára úrazové poisenie uchádzač o zamestnanie alebo poisník v prospech uchádzačov o zamestnanie, nahlásených poisníkom 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:

Začiatok poistenia	Koniec poistenia	Interval platenia (poistné obdobie)
0 1 1 0 2 0 2 2	3 1 0 3 2 0 2 3	jednorazovo
Spôsob platenia ☒ príkazom z účtu č.: IBAN		
S K 5 0 0 2 0 0 0 0 0 0 9 3 0 2 2 8 5 6 2		SWIFT (BIC) kód banky
☐ poštový peňažný poukaz	☐ inak	
☐ prevodom z účtu OPU č.:		

ÚRAZOVÉ POISTENIE	Smrť následkom úrazu	SNU	Poistná suma	3 000,00 EUR	Jednorazové poistné	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		
	20	Jednorazové poistné za skupinu			200,00 EUR		
PEŇAŽNÝ ÚSTAV POISTOVNE:		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		POISTNÉ	Celkové jednorazové poistné bez dane ¹		185,19 EUR
					Daň z poistenia ¹		14,81 EUR
					Celkové jednorazové poistné vrátane dane ¹		200,00 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 poistnej zmluve ako začiatok poistenia, najskeôr 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 1000-8"), 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, poprípade školenie,
 - úraz, ktorý poistený neutrpel v priamej súvislosti s výkonom činností 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 1000-8 a s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatvárajúcej poistnej zmluvy prostredníctvom Informačného dokumentu o poistnom produkte (ďalej len "IPID") a tiež prehlasuje, že VPP 1000-8 a IPID prevzal v písomnej podobe, alebo ☒ že VPP 1000-8 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 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 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 poisťovni, 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 poisťovni 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 v časti Ochrana osobných údajov (www.kpas.sk/stranka/ochrana-osobnych-udajov).

podpis poistníka

podpis poistníka

totožnosť overená
podľa čísla OP alebo CP

odtlačok pečiatky právnickej osoby

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia (meno a priezvisko čitateľne) _____, svojím podpisom potvrdzujem identifikáciu a overenie identifikácie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených údajov a v mene poisťovne uzatvárať poistnú zmluvu.

V

Kežmarku

dňa

2 | 6 | 0 | 9 | 2 | 0 | 2 | 2

podpis sprostredkovateľa poistenia