



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 4 6 7**
získateľské číslo sprostredkovateľa **2700108644**

POISTNÍK	Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko)/Názov firmy		Muž	Žena
	Obec Reľov		☐	☐
	Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto)/Sidlo		PSČ	
	Reľov 19		0 5 9 0 4	
	Korešpondenčná adresa (ulica, číslo domu, mesto), ak je iná, ako adresa trvalého bydliska		PSČ	
	detto			
Dátum narodenia	☐ Rodné číslo/ ☒ IČO	Štátna príslušnosť	Mobilný telefón/Tel. kontakt	
	0 0 3 2 6 4 9 6			
Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa)/Štatutárny zástupca (priezvisko, meno, titul)				
František Dudzák - Starosta obce				
E-mail				

POISTENÝ	☐ Poistník ☒ Nemenované osoby		Muž	Žena
	Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko)/Názov firmy		☐	☐
	Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto)/Sidlo		PSČ	
	Korešpondenčná adresa (ulica, číslo domu, mesto), ak je iná, ako adresa trvalého bydliska		PSČ	
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: Podpora udržania pracovných návykov - PUPN3		
	Začiatok poistenia	Koniec poistenia	Interval platenia (poistné obdobie)
	0 1 0 1 2 0 2 5	3 0 0 6 2 0 2 5	jednorazovo
	Spôsob platenia ☒ príkazom z účtu č.: IBAN		
☐ poštový peňažný poukaz ☐ inak			
☐ prevodom z účtu OPU č.:			

_____ podpis poisníka totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP _____ odtlačok pečiatky právnickej osoby
 Podpísaný sprostredkovateľ poistenia (meno a priezvisko čitateľa) Jana Cintulová, svojím podpisom potvrdzujem identifikáciu a overenie identifikácie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených údajov a v mene poisťovne uzatváram poistnú zmluvu.
 V Refove
 dňa 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | 0 | 2 | 4 _____ podpis sprostredkovateľa poistenia