



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 7 7 3 4**
získateľské číslo sprostredkovateľa **310172**

POISTNÍK	Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko)/Názov firmy		Muž	Žena
	Obec Byšta		☐	☐
	Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto)/Sídlo		PSČ	
	Obecný úrad, Okružná 76/9, Byšta		0 7 6 1 3	
	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
		3 3 1 3 9 2	SR	
Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa)/Štatutárny zástupca (priezvisko, meno, titul)				
Radoslav Palinský, starosta obce				
E-mail				

POISTENÝ	☐ Poistník ☒ Nemenované osoby		Muž	Žena
	Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko)/Názov firmy		☐	☐
	Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto)/Sídlo		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 ods. 1 písm. c) 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 ods. 1 písm. c) zákona o službách zamestnanosti.		
	Názov projektu alebo programu: "Podpora udržania pracovných návykov - PUPN 3"		
	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		
SK 17 09 00 00 00 00 00 00 55 18 27 94 4			
SWIFT (BIC) kód banky			
☐ poštový peňažný poukaz ☐ inak			
☐ prevodom z účtu OPU č.:			

ÚRAZOVÉ POISTENIE			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
2		Jednorazové poistné za skupinu		20,00 EUR

PEŇAŽNÝ ÚSTAV POISŤOVNE: ČÍSLO ÚČTU IBAN / SWIFT (BIC) KÓD BANKY:		Zľava	0 %	0,00 EUR
Prima banka Slovensko, a.s.	SK87 5600 0000 0012 0022 2008 / KOMASK2X	POISTNÉ	Celkové jednorazové poistné bez dane ¹	18,52 EUR
SLSP, a.s.	SK28 0900 0000 0001 7819 5386 / GIBASKBX		Daň z poistenia ¹	1,48 EUR
Tatra banka, a.s.	SK60 1100 0000 0026 2322 5520 / TATRSKBX		Celkové jednorazové poistné vrátane dane ¹	20,00 EUR
Poistné za poskytované poistné krytie sa považuje za uhradené pripísaním poistného, vrátane dane z poistenia ¹ 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		a) úraz, ktorý poistený utrpel na ceste do miesta výkonu práce a späť,
1. 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.		b) úraz, ku ktorému došlo pri práci vo výškach alebo pri obsluhu strojov a zariadení, na ktoré nemal poistený potrebnú klasifikáciu, poprípade školenie,
2. Poistné je splatné jednorazovo najneskôr v deň účinnosti poistnej zmluvy.		c) úraz, ktorý poistený neutrpel v priamej súvislosti s výkonom činností v zmysle ust. § 54 ods. 1 písm. c) zákona o službách zamestnanosti.
3. 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.		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.
4. Každá zo zmluvných strán môže poistnú zmluvu vypovedať do 2 mesiacov od jej uzavretia, vypovedná lehota je 8 dní. Jej uplynutím poistná zmluva zanikne.		
5. Výluky z poistenia - okrem prípadov uvedených vo Všeobecných poistných podmienkach (ďalej len "VPP 1000-10"), sa poistenie nevzťahuje na:		

Prehlásenie poistníka:

1. Poistník svojím podpisom prehlasuje, že:

a) 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 uzatvárajúcej 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

b) 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,

c) 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,

d) 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,

e) peňažné prostriedky použité na úhradu poistného sú jeho vlastníctvom a poistnú zmluvu uzatvára na vlastný účet.

2. 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.

3. 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) Ing. Viera Kopečková, svojím podpisom potvrdzujem identifikáciu a overenie identifikácie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených údajov a v mene poisťovne uzatvárať poistnú zmluvu.

V Trebišove

dňa 3 | 0 | 1 | 2 | 2 | 0 | 2 | 4

_____ podpis sprostredkovateľa poistenia