



Handwritten: H1009 7004 Capek

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 2 8 0**
ziskateľské číslo sprostredkovateľa **2700112897**

POISTNÍK

Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko)/Názov firmy	Muž	Žena
Obec Vysoká nad Kysucou	☐	☐
Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto)/Sídlo	PSC	
OÚ Vysoká nad Kysucou - Ústredie 215, Vysoká nad Kysucou	0 2 3 5 5	
Korešpondenčná adresa (ulica, číslo domu, mesto), ak je iná, ako adresa trvalého bydliska	PSC	
Právnická osoba / Podnikajúca fyzická osoba zapísaná v	Číslo zápisu	
Dátum narodenia	☐ Rodné číslo/ ☒ IČO	Štátna príslušnosť
	0 0 3 1 4 3 4 0	Slovensko
Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa)/Štatutárny zástupca (priezvisko, meno, titul)		Mobilný telefón/Tel. kontakt
štatutár : Mgr. Anton Varecha		+421918397074
E-mail		
obec@vysokanadkysucou.sk		

POISTENÝ

☐ Poistník	☒ Nemenované osoby	
Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko)/Názov firmy	Muž	Žena
	☐	☐
Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto)/Sídlo	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 ods. 1 písm. a) 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. a) zákona o službách zamestnanosti.

Názov projektu alebo programu: Práca na skúšku ..

Začiatok poistenia	Koniec poistenia	Interval platenia (poistné obdobie)
0 1 0 5 2 0 2 5	3 1 0 7 2 0 2 5	jednorazovo

Spôsob platenia ☐ príkazom z účtu č.: IBAN

☐ 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
PEŇAZNÝ ÚSTAV POISTOVNE: ČÍSLO ÚČTU IBAN / SWIFT (BIC) KÓD BANKY:		Zlava	0 %	0,00 EUR	
Prima banka Slovensko, a.s.	SK87 5800 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

- 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, vypovedná lehota je 8 dní. Jej uplynutím poistná zmluva zanikne.
- Výluky z poistenia - okrem prípadov uvedených vo Všeobecných poistných podmienkach (ďalej len "VPP 1000-11"), 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 kvalifikáciu, popri prípade školenie,
 - úraz, ktorý poistený neutrpel v priamej súvislosti s výkonom činnosti v zmysle ust. § 54 ods. 1 písm. a) 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 1000-11, Oceňovacími tabuľkami a s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatvárajúcej poistnej zmluvy prostredníctvom Informačného dokumentu o poistnom produkte (ďalej len "IPID") a tiež prehlasuje, že VPP 1000-11, 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 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 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 v časti Ochrana osobných údajov (www.kpas.sk/stranka/ochrana-osobnych-udajov).

podpis poistníka _____

podpis poistníka _____

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

V Čadci _____

dňa 2 8 0 4 2 0 2 5 _____

podpis sprostredkovateľa poistenia _____