



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 4 8 8 1**
ziskateľské číslo sprostredkovateľa **UMD, a.s.6842**

POISTNÍK

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

Trvale bydlisko (ulica, číslo domu, mesto)/Sídlo PSČ

Ružina 102, Dúvň 9181512

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

00316393

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

E-mail

POISTENÝ

Poistník Nemenované osoby

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

Trvale 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 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:

Začiatok poistenia Koniec poistenia Interval platenia (poistné obdobie)

01082022 31012023 jednorazovo

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

poštový peňažný poukaz inak

prevodom z účtu OPU č.:

ÚRAZOVÉ POIS			Polisná suma	Jednorazové poisné
	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 poisné za 1 poistenú osobu		10,00 EUR	
5	Jednorazové poisné za skupinu		50,00 EUR	

PEŔAZNÝ 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 5366 / GIBASK6X SK60 1100 0000 0026 2322 5520 / TATRSK6X	Celkové jednorazové poisné bez dane ¹		45,30 EUR
		Daň z poistenia ¹		3,70 EUR
		Celkové jednorazové poisné vrátane dane ¹		50,00 EUR

Poisné za poskytované poisné krytie sa považuje za uhradené pripísaním poisného, 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

1. Poistenie sa dojednáva na dobu určitú. Účinnosť nadobúda nulťou hodinou dňa dojednaného v poisťovej zmluve ako začiatok poistenia, najskôr však od 00.00 hodiny dňa nasledujúceho po dni uzavretia poisťovej zmluvy.

2. Poisné je splatné jednorazovo najneskôr v deň účinnosti poisťovej zmluvy.

3. Poistnú udalosť je poistený alebo poistník povinný hlásiť písomne do 48 hodín od jej vzniku na predpísanom tlačíve na adresu poisťovne. Náhradu škody neší poisťovňa priamo s poškodeným.

4. Každá zo zmluvných strán môže poistnú zmluvu vypovedať do 2 mesiacov od jej uzavretia, vypovedná lehota je 8 dní. Jej uplynutím poisťná zmluva zanikne.

5. Výluky z poistenia - okrem prípadov uvedených vo Všeobecných poisťných podmienkach (ďalej len "VPP 1000-S"), sa poistenie nevzťahuje na:

a) úraz, ktorý poistený utrpel na ceste do miesta výkonu práce a späť,
 b) úraz, ku ktorému došlo pri práci vo výškach alebo pri obsluhu strojov a zariadení, na ktoré nemal poistený potrebnú kvalifikáciu, popri prípade školenia,
 c) úraz, ktorý poistený neutrpel v priamej súvislosti s výkonom činnosti v zmysle ust. § 54 zákona o službách zamestnanosti.

6. Týmto poistením je krytý v poisťovej zmluve uvedený počet pracovných miest zvýšený maximálne v troch mesiacoch počas poisťového obdobia o 20 %. V prípade prekročenia tohto limitu je poistník povinný požiadať o dopoistenie týchto pracovných miest v opačnom prípade poisné krytie pracovných miest, o ktoré bol v poisťovej zmluve uvedený počet zvýšený zaniká.

Prehlásenie poistníka:

- Poistník svojím podpisom prehlasuje, že:
 - bol s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poisťovej zmluvy písomne oboznámený s obsahom poisťovej zmluvy, VPP 1000-S a s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatvárateľ poisťovej zmluvy prostredníctvom Informačného dokumentu o poisťovnom produkte (ďalej len "IPID") a tiež prehlasuje, že VPP 1000-S a IPID prevzal v písomnej podobe, alebo že VPP 1000-S a IPID nepravil v písomnej podobe, ale mu boli na základe jeho výslovnej žiadosti zaslané e-mailom,
 - bol s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poisťovej zmluvy písomne oboznámený vo vzťahu k uzatvárateľ poisťovej zmluvy s informáciami o jednotlivých zložkách poisťového, 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 poisťovej 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 poisťovej zmluvy alebo odmietnutie poisťového plnenia zo strany poisťovne,
 - pre potreby dojednaného poistenia sa účet uvedený v poisťovej zmluve považuje za kontaktný a v prípade, že počas trvania poisťového 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 neoznámenej zmeny účtu nenesie poisťovňa zodpovednosť za prípadnú vzniknutú škodu,
 - peňažné prostriedky použité na úhradu poisťového 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 poisťovej 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 prehlasuje, 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 _____ totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP _____

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia (meno a priezvisko čitateľne) _____

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

V [Ružine] _____

podpis sprostredkovateľa poistenia _____

OP Bratislava
 KOMUNÁLNA POISŤOVŇA
 svojom podpisom potvrdzujem identifikáciu a overenie identifikácie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených údajov b) v mene poisteného uzatváram poisťnú zmluvu.
 Na poisťovňa, a.s.
 Insurance Group
 Bratislava, 811 05 Bratislava
 IČO: 31 595 548, IČ OPH: SK7020000746