



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 9 7 5 7**
získateľské číslo sprostredkovateľa **2700102912**

POISTNÍK

Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko)/Názov firmy Muž Žena
 Obec Švábovce PSC
 Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto)/Sídlo PSC
 Obecný úrad 132 pošta Hôrka 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
 0 0 3 2 6 6 2 3
 Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa)/Štatutárny zástupca (priezvisko, meno, titul)
 Obec Švábovce - starosta obce : Mgr. Juraj Šimko
 E-mail

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 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: "Prax pre mladých"

Začiatok poistenia 0 1 0 4 2 0 2 3	Koniec poistenia 3 1 0 8 2 0 2 3	Interval platenia (poistné obdobie) 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
12	Jednorazové poistné za skupinu	120,00 EUR

PEŇAŽNÝ ÚSTAV POISTOVNE: ČÍSLO ÚČTU IBAN / SWIFT (BIC) KÓD BANKY: Zľava 0 % 0,00 EUR

Prima banka Slovensko, a.s.	SK87 5600 0000 0012 0022 2008 / KOMASKZX	POISTNÉ	Celkové jednorazové poistné bez dane ¹	111,11 EUR
SLSP, a.s.	SK28 0900 0000 0001 7819 5386 / GIBASKBX		Daň z poistenia ¹	8,89 EUR
Tatra banka, a.s.	SK60 1100 0000 0026 2322 5520 / TATRSKBX		Celkové jednorazové poistné vrátane dane ¹	120,00 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, 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 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 1000-9"), 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, poprípade školenie,
 - c) úraz, ktorý poistený neutrpel v priamej súvislosti s výkonom činností v zmysle ust. § 54 zákona o službách zamestnanosti.
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 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 1000-9 a s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatvárajúcej poistnej zmluvy prostredníctvom Informačného dokumentu o poistnom produkte (ďalej len "IPID") a tiež prehlasuje, že VPP 1000-9 a IPID prevzal v písomnej podobe, alebo že VPP 1000-9 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 písomnej správy a banky účet iný. V prípade zneužitia účtu alebo neoznámenej 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 právomoc 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 zrušujú (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) (ďalej len „Nariadenie“) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Poistník že sa oboznámil 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 ča .sk/stranka/ochrana-osobnych-udajov).

KOMUNÁLNA POISŤOVŇA
 KAPITÁLNE POISŤOVNÉ SKUPINY
 Štefánikova 17, 811 05 Bratislava
 IČO: 47491200, DIČ: SK7020000745, (186)
 Zák. č. 39/2015 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov

SIGNED

SIGNED

ČÍSLO ÚČTU

podpis poistníka

totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP

podpis poistníka

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia (meno a priezvisko čitateľne)

tifikáciu a overenie identifikácie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených údajov a v mene p

SIGNED

v Poprade

podpis sprostredkovateľa poistenia

dňa 1 | 5 | 0 | 3 | 2 | 0 | 2 | 3