KOMUNÁLNA POISŤOVŇA
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")

# ÚRAZOVÉ POISTENIE
## UCHÁDZAČOV O ZAMESTNANIE POČAS MENŠÍCH SLUŽIEB

7004

Poistná zmluva

číslo poistnej zmluvy: 519 0 0 5 5 5 9 2

získateľské číslo sprostredkovateľa: 1014537874

**POISTNÍK**

Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko)/Názov firmy: Obec Malé Ludince
Muž ☐ Žena ☐

Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto)/Sídlo: Malé Ludince 81, Malé Ludince
PSČ: 9 3 7 0 1

Korešpondenčná adresa (ulica, číslo domu, mesto), ak je iná, ako adresa trvalého bydliska:
PSČ:

Dátum narodenia:
☐ Rodné číslo/☒ IČO: 0 0 5 8 7 5 6 7
Štátna príslušnosť: SR
Mobilný telefón/Tel. kontakt: 0915873203

Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa)/Štatutárny zástupca (priezvisko, meno, titul): Beáta Csenger, starostka obce

E-mail:

**POISTENÝ**

☐ Poistník ☒ Nemenované osoby

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

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 poistník úrazové poistenie v prospech uchádzačov o zamestnanie, ako osôb pre výkon menších obecných služieb pre obec alebo pre rozpočtovú organizáciu alebo príspevkovú organizáciu, ktorej zriaďovateľom je obec, resp. ako osôb pre výkon dobrovoľníckej činnosti, na základe dohody uzatvorenej v zmysle ust. § 12 ods. 3 písm. b) bod 4., 5. a 6. zákona č. 417/2013 Z. z. o pomoci v hmotnej núdzi a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
Poistenie sa vzťahuje na vyššie uvedené osoby pri plnení pracovných úloh počas vykonávania menších obecných služieb pre obec alebo pre rozpočtovú organizáciu alebo príspevkovú organizáciu, ktorej zriaďovateľom je obec, resp. počas vykonávania dobrovoľníckej činnosti, na základe dohody uzatvorenej v zmysle ust. § 12 ods. 3 písm. b) bod 4., 5. a 6. zákona č. 417/2013 Z. z. o pomoci v hmotnej núdzi a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

| Začiatok poistenia | Koniec poistenia | Interval platenia (poistné obdobie) |
|---|---|---|
| 1 7 0 3 2 0 2 1 | 3 1 1 2 2 0 2 1 | 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 | 0,85 EUR |
| Trvalé následky úrazu | TNU | 2 000,00 EUR | 0,98 EUR |
| Invalidita následkom úrazu | IU | 1 500,00 EUR | 1,06 EUR |
| Čas nevyhnutného liečenia úrazu | ČNL | 1 000,00 EUR | 2,11 EUR |
| Počet osôb: 2 | | Jednorazové poistné za 1 poistenú osobu | 5,00 EUR |
| | | Jednorazové poistné za skupinu | 10,00 EUR |

| PEŇAŽNÝ ÚSTAV POISŤOVNE: | ČÍSLO ÚČTU IBAN / SWIFT (BIC) KÓD BANKY: |
|---|---|
| Prima banka Slovensko, a.s. | SK87 5600 0000 0012 0022 2008 / KOMASK2X |
| SLSP, a.s. | SK28 0900 0000 0001 7819 5386 / GIBASKBX |
| Tatra banka, a.s. | SK60 1100 0000 0026 2322 5520 / TATRSKBX |

**POISTNÉ**

| | | |
|---|---|---|
| Zľava | 5 % | 0,50 EUR |
| Celkové jednorazové poistné bez dane[1] | | 8,80 EUR |
| Daň z poistenia[1] | | 0,70 EUR |
| Celkové jednorazové poistné vrátane dane[1] | | 9,50 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**

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.
2. Poistné je splatné jednorazovo najneskôr v deň účinnosti poistnej zmluvy.
3. 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.
4. Každá zo zmluvných strán môže poistnú zmluvu vypovedať do 2 mesiacov od jej uzavretia, výpovedná lehota je 8 dní. Jej uplynutím poistná zmluva zanikne.
5. Výluky z poistenia - okrem prípadov uvedených vo VPP 1000-8, 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 obsluhe strojov a zariadení, na ktoré nemal poistený potrebnú klasifikáciu, poprípade školenie,
   c) úraz, ktorý poistený neutrpel v priamej súvislosti s výkonom činností v zmysle ust. § 12 ods. 3 písm. b) bod 4., 5. a 6. zákona č. 417/2013 Z. z. o pomoci v hmotnej núdzi a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
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:**

1. Poistník svojím podpisom prehlasuje, že:
   a) bol s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poistnej zmluvy písomne oboznámený s obsahom poistnej zmluvy, so Všeobecnými poistnými podmienkami pre úrazové poistenie (ďalej len „VPP 1000-8"), ktoré tvoria neoddeliteľnú súčasť poistnej zmluvy, s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatváranej poistnej zmluvy prostredníctvom Informačného dokumentu o poistnom produkte (ďalej len „IPID") a tiež prehlasuje, že VPP 1000-8 a IPID prevzal v písomnej podobe, alebo ☐ že VPP 1000-8 a IPID neprevzal v písomnej podobe, ale mu boli na základe jeho žiadosti zaslané e-mailom,
   b) 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,
   c) 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 originálneho potvrdenia banky účet iný. V prípade zneužitia účtu alebo neoznámenia zmeny účtu nenesie poisťovňa zodpovednosť za prípadnú vzniknutú škodu.
2. V prípade, ak poistník a poistená osoba nie sú totožné osoby, poistník prehlasuje, že má oprávnenie 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.
3. Poisťovňa informuje poistníka, 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 prehlasuje, že sa oboznámil s informáciami o spracúvaní jeho osobných údajov podľa Nariadenia, vrátane informácií o jeho právach. Zároveň berie na vedomie, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť aj na webovej stránke poisťovne www.kpas.sk.

Csengu
podpis poistníka

OBEC MALÉ LUDINCE

Csengu
podpis poistníka

EK 950 464
totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP

pečiatka firmy

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia (meno čitateľne) Katarína Gáspárová svojím podpisom potvrdzujem overenie totožnosti podpísaných, zodpovedám za správnosť uvedených údajov a v mene poisťovne uzatváram poistnú zmluvu.

KOMUNÁLNA POISŤOVŇA
VIENNA INSURANCE GROUP

v Štúrove

dňa 16 03 2021

KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s.
Vienna Insurance Group
Štefánikova 17, 811 05 Bratislava
IČO: 31 595 545, IČ DPH: SK7020000746 (203)

Gáspárová
podpis sprostredkovateľa poistenia



Platné od 01.01.2021