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 PROJEKTU / PROGRAMU

Poistná zmluva

7004

číslo poistnej zmluvy: 5190056972

získateľské číslo sprostredkovateľa: 1013887098

POISTNÍK

Priezvisko, meno, titul (rodné priezvisko)/Názov firmy: Základná škola v Jarovniciach — Muž ☐ Žena ☐

Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto)/Sídlo: Jarovnice 192, Jarovnice — PSČ: 08263

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

Dátum narodenia: — ☐ Rodné číslo/☒ IČO: 36158119 — Štátna príslušnosť: — Mobilný telefón/Tel. kontakt: 051/459 4219

Zamestnávateľ (názov organizácie, adresa)/Štatutárny zástupca (priezvisko, meno, titul): Mgr. Mária Pavlíková

E-mail: zsjarovnice192@gmail.com

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 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: NP "Podpora zamestnanosti" , Aktivita č. 1 - Podpora ZUo Z k uplatneniu sa na trhu práce" "Príspevok na aktivačnú činnosť formou dobrovoľníckej služby"

Začiatok poistenia	Koniec poistenia	Interval platenia (poistné obdobie)
01092021	28022022	jednorazovo

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

☐ poštový peňažný poukaz ☐ inak

☒ prevodom z účtu OPU č.: SK78 0200 0000 0016 3472 6254

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: 7

Jednorazové poistné za 1 poistenú osobu: 10,00 EUR

Jednorazové poistné za skupinu: 70,00 EUR

PEŇAŽNÝ ÚSTAV POISŤOVNE:	ČÍSLO ÚČTU IBAN / SWIFT (BIC) KÓD BANKY:
Príma 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

Zľava % 0,00 EUR

POISTNÉ

Celkové jednorazové poistné bez dane[1]	64,81 EUR
Daň z poistenia[1]	5,19 EUR
Celkové jednorazové poistné vrátane dane[1]	70,00 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

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. § 54 ods. 1 písm. a) 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:

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.

podpis poistníka

ZÁKLADNÁ ŠKOLA
082 63 JAROVNICE 192
-1-

podpis poistníka | totožnosť overená podľa čísla OP alebo CP | pečiatka firmy

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

v Prešove

dňa 31.08.2021

podpis sprostredkovateľa poistenia

Platné od 01.01.2021