



Poistná zmluva

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 6 0 2 0**

získateľské číslo sprostredkovateľa **1014708338**

**POISTNÍK**

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

Muž  Žena

Materská škola Gustava Hermanna

Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto)/Sídlo

PSČ  
0 5 4 0 1

Gustava Hermanna 225/9, 05401 Levoča

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

| | | | |

5 3 4 8 0 7 8 3 | |

| | | | |

0910867413

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

aterská škola Gustava Hermanna - Mgr. Katarína Jabrocká

E-mail

| | | | |

**POISTENÝ**

Poistník  Nemenované osoby

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

Muž  Žena

Čonková Lucia

Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu, mesto)/Sídlo

PSČ  
0 5 4 0 1

Nad tehelnou 28A 05401 Levoča

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

1 3 1 1 1 9 9 5

9 5 6 1 1 3 9 6 4 3

SK

0950826407

**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, nahlásených na príslušný úrad práce, sociálnych vecí a rodiny ako osoby pre výkon menších obecných služieb pre obec alebo menších služieb pre samosprávny kraj v zmysle ust. § 52 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 vyššie uvedené osoby pri plnení pracovných úloh počas vykonávania menších obecných služieb pre obec alebo menších služieb pre samosprávny kraj v zmysle ust. § 52 zákona o službách zamestnanosti.

Začiatok poistenia

Koniec poistenia

Interval platenia (poistné obdobie)

0 4 1 0 2 0 2 1

0 3 1 0 2 0 2 2

jednorazovo

Spôsob platenia  príkazom z účtu č.: IBAN

S K 5 7 1 1 1 1 0 0 0 0 0 0 6 6 2 0 8 4 1 0 7 8 SWIFT (BIC) kód banky | | | | |

poštový peňažný poukaz

inak

prevodom z účtu OPU č.: | | | | |



<b>ÚRAZOVÉ POISTENIE</b>	Smrť následkom úrazu	SNU	Poistná suma <b>3 000,00 EUR</b>	Jednorazové poistné <b>0,85 EUR</b>
	Trvalé následky úrazu	TNU	<b>2 000,00 EUR</b>	<b>0,98 EUR</b>
	Invalidita následkom úrazu	IU	<b>1 500,00 EUR</b>	<b>1,06 EUR</b>
	Čas nevyhnutného liečenia úrazu	ČNL	<b>1 000,00 EUR</b>	<b>2,11 EUR</b>
	Počet osôb <b>1</b>			Jednorazové poistné za 1 poistenú osobu <b>5,00 EUR</b>

<b>PEŇAZNÝ ÚSTAV POISŤOVNE:</b>	<b>ČÍSLO ÚČTU IBAN / SWIFT (BIC) KÓD BANKY:</b>	Zľava	<b>0 %</b>	<b>0,00 EUR</b>
Prima banka Slovensko, a.s. SLSP, a.s. Tatra banka, a.s.	SK87 5600 0000 0012 0022 2008 / KOMASK2X SK28 0900 0000 0001 7819 5386 / GIBASKBX SK60 1100 0000 0026 2322 5520 / TATRSKBX	<b>POISŤNÉ</b>	Celkové jednorazové poistné bez dane <sup>1</sup>	<b>4,63 EUR</b>
			Daň z poistenia <sup>1</sup>	<b>0,37 EUR</b>
			<b>Celkové jednorazové poistné vrátane dane<sup>1</sup></b>	<b>5,00 EUR</b>

Poistné za poskytované poistné krytie sa považuje za uhradené pripísaním poistného, vrátane dane z poistenia<sup>1</sup> na účet poisťovne.

<sup>1</sup> 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 predpísanou tlačivu na adresu poisťovne. Náhradu škody rieši poisťovňa priamo s poškodeným.
- Každá zo zmluvných strán môže poistnú zmluvu vypovedať do 2 mesiacov od jej uzavretia, výpovedná lehota je 8 dní. Jej uplynutím poistná zmluva zanikne.
- Výluky z poistenia - okrem prípadov uvedených vo VPP 1000-8, 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 klasifikáciu, popri prípade školenie,
  - úraz, ktorý poistený neutrpel v priamej súvislosti s výkonom činností v zmysle ust. § 52 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, so Všeobecnými poistnými podmienkami pre úrazové poistenie (ďalej len „VPP 1000-8“), ktoré tvoria neoddeliteľnú súčasť poistnej zmluvy, s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatvárateľ 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,
  - 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.
- V prípade, ak poistník a poistená osoba nie sú totožné osoby, poistník 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, 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](http://www.kpas.sk).

\_\_\_\_\_ podpis poistníka

\_\_\_\_\_ podpis poistníka      \_\_\_\_\_ toľnosť overená podľa čísla OP alebo CP      \_\_\_\_\_ pečiatka firmy

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

v Levoci  
dňa 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 1 \_\_\_\_\_ podpis sprostredkovateľa poistenia