


ÚRAZOVÉ POISTENIE UCHÁDZAČOV O ZAMESTNANIE
POČAS PROJEKTU / PROGRAMU

POIŠTOVŇA	KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group Štefánikova 17, 811 05 Bratislava IČO: 31 595 545, DIČ: SK2021097089, IČ DPH: SK7020000746 Spoločnosť je členom skupiny registrovanej pre DPH, zapísaná v Obchodnom registri Mestského súdu Bratislava III, oddiel: Sa, vložka č. 3345/B (ďalej len „poisťovňa“)		Zástupca poisťovne <div style="background-color: #e6f2ff; width: 100px; height: 20px;"></div>
POISTNÍK	Názov spoločnosti Obec Chmeľnica		
	IČO 00329916	Platca DPH Nie	
	Zapísaný v Obchodný register okresného súdu Prešov	Číslo zápisu 526754	
	Sídlo spoločnosti – ulica, č. d. Chmeľnica 103	PSČ 06401	Mesto Chmeľnica
	Číslo účtu v tvare IBAN	Telefón	E-mail
	Dojednávatelia		
	1. Titul, meno a priezvisko Pavel Toček	Funkcia Starosta obce	
	Rodné číslo <div style="background-color: #e6f2ff; width: 100px; height: 15px;"></div>	Štátna príslušnosť <div style="background-color: #e6f2ff; width: 100px; height: 15px;"></div>	Dátum narodenia <div style="background-color: #e6f2ff; width: 100px; height: 15px;"></div>
	Trvalá a korešpondenčná adresa – ulica, č. d. <div style="background-color: #e6f2ff; width: 100px; height: 15px;"></div>	PSČ <div style="background-color: #e6f2ff; width: 100px; height: 15px;"></div>	Mesto <div style="background-color: #e6f2ff; width: 100px; height: 15px;"></div>
POISTENÝ	Poistení sú nemenované osoby		
OPRÁVNENÉ OSOBY	Neurčili ste žiadne oprávnené osoby, pri plnení v prípade smrti poistenej osoby sa bude postupovať 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 : Podpora udržania pracovných návykov PUPN 4		
	Začiatok poistenia 01.07.2026	Koniec poistenia 31.12.2026	Interval platenia (poistné obdobie) Jednorázovo
	Druh platby KZ (bankový prevod so zasielaním avíza na úhradu)		Typ poistnej zmluvy Štandardná PZ

ÚRAZOVÉ POISTENIE UCHÁDZAČOV O ZAMESTNANIE
POČAS PROJEKTU / PROGRAMU

ÚRAZOVÉ POISTENIE	Rozsah poistenia	Poistná suma		Poistné	
		Smrť následkom úrazu (SNU)	3 000,00	EUR	1,69
	Trvalé následky úrazu (TNU)	2 000,00	EUR	1,97	EUR
	Čas nevyhnutného liečenia úrazu (ČNL)	1 000,00	EUR	4,23	EUR
	Invalidita následkom úrazu (IU)	1 500,00	EUR	2,11	EUR
	Jednorazové poistné za 1 poistenú osobu			10,00	EUR
		Počet		2 osoby	
	Jednorazové poistné za skupinu			20,00	EUR
POISTNÉ	Jednorazové poistné vrátane dane¹			20,00	EUR
	z toho daň z poistenia 10%¹			1,82	EUR
	Jednorazové poistné bez dane¹			18,18	EUR
	Jednorazová splátka poistného vrátane dane¹			20,00	EUR
<p>Poistné 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.</p>					
PLATOBNÉ ÚDAJE	 PAY by square	Jednorazová splátka poistného vrátane dane		20,00	EUR
		Variabilný symbol		5100004553	
		Konštantný symbol		3558	
		Dátum splatnosti		01.07.2026	
PEŇAŽNÝ ÚSTAV	Banka		IBAN (číslo účtu)		
	Slovenská sporiteľňa, a.s.		SK28 0900 0000 0001 7819 5386		
	Tatra banka, a.s.		SK60 1100 0000 0026 2322 5520		
	Prima banka Slovensko, a.s.		SK87 5600 0000 0012 0022 2008		

ÚRAZOVÉ POISTENIE UCHÁDZAČOV O ZAMESTNANIE
POČAS PROJEKTU / PROGRAMU

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. Ak poistná zmluva nie je uzatvorená prostriedkami diaľkovej komunikácie, poistné je splatné 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, výpovedná lehota je 8 dní. Jej uplynutím poistná zmluva zanikne.
- Výluky z poistenia - okrem prípadov uvedených vo Všeobecných poistných podmienkach, 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, poprípade školenie,
 - úraz, ktorý poistený neutrpel v priamej súvislosti s výkonom činností v zmysle ust. § 54 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.

PRÍLOHY

Pre toto poistenie platia príslušné ustanovenia Občianskeho zákonníka, Všeobecné poistné podmienky (VPP) a Zmluvné dojednania (ZD) (ďalej len „Poistné podmienky“) bližšie špecifikované v prílohách nižšie.

Súčasťou poistnej zmluvy sú nasledovné prílohy:

- Formulár o zložkách poistného
- VPP 1000-13 (Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie)
- Zásady a tabuľky pre hodnotenie telesných poškodení v úrazovom poistení
- IPID pre produkt 51. Úrazové poistenie uchádzačov o zamestnanie
- Dotazník - Naša komplexná služba

PREHLÁSENIA
A SÚHLASY

ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

Poistné za poskytované poistné krytie sa považuje za uhradené po zaplatení poistného, vrátane dane z poistenia.

Poistník a poistený (resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného) svojím podpisom prehlasujú, že všetky jeho odpovede na otázky poisťovne týkajúce sa poistenia sú pravdivé, úplné a sú oboznámení s povinnosťami v priebehu trvania poistenia bez zbytočného odkladu oznámiť poisťovni všetky prípadné zmeny v týchto údajoch.

Poistník podpísaním tejto zmluvy záväzne potvrdzuje, že peňažné prostriedky použité na úhradu poistného, resp. jednorazového poistného sú jeho vlastníctvom a poistnú zmluvu uzatvára na vlastný účet.

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 neoznámene zmeny účtu nenesie poisťovňa zodpovednosť za prípadnú vzniknutú škodu.

V prípade, že riziká poisteného sú odlišné od rizík uvedených v tejto poistnej zmluve, je poisťovňa oprávnená zmeniť výšku poistnej sumy alebo výšku poistného maximálne o 10 % podľa platných poistno-matematických zásad.

Poistník žiada zachovať Výšku poistného.

PREHLÁSENIE POISTNÍKA

1. Poistník svojím podpisom prehlasuje, že:

- bol s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poistnej zmluvy písomne oboznámený s obsahom poistnej zmluvy, s vyššie uvedenými Poistnými podmienkami, Oceňovacími tabuľkami, ktoré tvoria neoddeliteľnú súčasť poistnej zmluvy, s dôležitými zmluvnými podmienkami uzavieranej poistnej zmluvy prostredníctvom Informačného dokumentu o poistnom produkte (ďalej len „IPID“) a tiež prehlasuje, že Poistné podmienky, Oceňovacie tabuľky, IPID prevzal v písomnej podobe,

ÚRAZOVÉ POISTENIE UCHÁDZAČOV O ZAMESTNANIE
POČAS PROJEKTU / PROGRAMU

- 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.
2. V prípade, ak poistník a poistená osoba/osoby nie sú totožné osoby, poistník alebo oprávnená osoba prehlasuje, že má oprávnenie poskytnúť poisťovni osobné údaje poisteného/poistených alebo oprávnenej osoby na účely uzavierania, 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 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 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.

Dňa 22.06.2026

.....
podpis poistníka
Obec Chmeľnica

SÚHLAS SO SPRACÚVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV NA MARKETINGOVÉ ÚČELY

Týmto ako poistník **súhlasím** s tým, aby poisťovňa **spracúvala moje údaje uvedené nižšie na marketingové účely, teda na:**

- **poskytovanie individualizovaných marketingových ponúk, ktoré zahŕňa automatizované spracúvanie mojich údajov s cieľom prispôbiť marketingovú ponuku mojej situácii a potrebám (profilovanie).** Ide najmä o informácie o produktoch a službách poisťovne, o akciách a zľavách a o podujatiach a súťažiach, ktoré mi môžu byť poskytované prostredníctvom e-mailu, sms, poštovej zásielky alebo telefonicky, a
- **uskutočňovanie prieskumov trhu a prieskumov spokojnosti s produktami a službami poisťovne** prostredníctvom e-mailu, poštovej zásielky alebo telefonicky.

Tento súhlas sa vzťahuje na nasledovné údaje: titul, meno, priezvisko, adresa trvalého pobytu, dátum narodenia a/alebo rodné číslo, pohlavie, e-mailová adresa, telefónne číslo, korešpondenčná adresa, typ poistenia, výška poistnej sumy, výška ročného poistného, výška vyplateného poistného plnenia, typ motorového vozidla, a to v rozsahu, v ktorom som poskytol(a) uvedené údaje poisťovni, alebo boli poisťovňou získané v súvislosti s mojimi poistnými zmluvami.

Beriem na vedomie, že poskytnutie mojich údajov a tohto súhlasu je dobrovoľné a svoj súhlas môžem kedykoľvek odvolať:

- písomne na ktorejkoľvek pobočke poisťovne,
- písomne zaslaním na nasledovnú adresu poisťovne: KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, so sídlom: Štefánikova 17, 811 05 Bratislava,
- elektronicky prostredníctvom stránky www.kpas.sk/stranka/ochrana-osobnych-udajov.

ÚRAZOVÉ POISTENIE UCHÁDZAČOV O ZAMESTNANIE
POČAS PROJEKTU / PROGRAMU

Svojím podpisom potvrdzujem, že v čase získania tohto súhlasu mi boli poskytnuté informácie o spracúvaní mojich osobných údajov poisťovňou, vrátane informácií o mojich právach v súvislosti s týmto spracúvaním. Zároveň beriem na vedomie, že informácie o spracúvaní osobných údajov sú uvedené aj na webstránke poisťovne.

Dňa 22.06.2026

.....
podpis poistníka
Obec Chmeľnica

V Chmeľnici, dňa 22.06.2026

.....
podpis poistníka
Obec Chmeľnica

.....
podpis zástupcu poisťovne

Podpísaný sprostredkovateľ poistenia svojím podpisom potvrdzuje overenie totožnosti podpísaných, zodpovedá za správnosť uvedených údajov a v mene poisťovne uzatvára poistnú zmluvu.