KOMUNÁLNA POISŤOVŇA
VIENNA INSURANCE GROUP

# Poistná zmluva číslo 5100002393

## ÚRAZOVÉ POISTENIE UCHÁDZAČOV O ZAMESTNANIE POČAS PROJEKTU / PROGRAMU

**POISŤOVŇA**

**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**
Zuzana Kristová
2700101055
P 120 / OM 122

**POISTNÍK**

| | | |
|---|---|---|
| **Názov spoločnosti**<br>Obec Dvorany nad Nitrou | | |
| **IČO**<br>00699161 | **Platca DPH**<br>Nie | |
| **Zapísaný v**<br>reg.práv.osôb a podn.a org.verej.moci | **Číslo zápisu**<br>055626 | |
| **Sídlo spoločnosti – ulica, č. d.**<br>Dvorany nad Nitrou 13 | **PSČ**<br>95611 | **Mesto**<br>Dvorany nad Nitrou |
| **Číslo účtu v tvare IBAN** | | |
| **Telefón**<br>+421385373724 | **E-mail**<br>dvoranynadnitrou@obecdvoranynadnitrou.sk | |
| **Dojednávatelia** | | |
| 1. **Titul, meno a priezvisko**<br>Ing. Jozef Kmeť | | **Funkcia**<br>Starosta |
| **Rodné číslo** | **Štátna príslušnosť**<br>Slovensko | **Dátum narodenia** |
| **Trvalá a korešpondenčná adresa – ulica, č. d.** | **PSČ**<br>95611 | **Mesto**<br>Dvorany nad Nitrou |

**POISTENÝ**

| | | |
|---|---|---|
| **Titul, meno a priezvisko**<br>Juraj Bizoň | | |
| **Rodné číslo** | **Štátna príslušnosť**<br>SK | **Doklad totožnosti** |
| **Trvalá a korešpondenčná adresa – ulica, č. d.** | **PSČ**<br>95611 | **Mesto**<br>Dvorany nad Nitrou |
| **Číslo účtu v tvare IBAN** | **Telefón** | **E-mail** |

**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 ods. 1 písm. c) 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. c) zákona o službách zamestnanosti.

**Názov projektu alebo programu** : Podpora udržania pracovných návykov - PUPN 4

| | | |
|---|---|---|
| **Začiatok poistenia**<br>01.01.2026 | **Koniec poistenia**<br>30.06.2026 | **Interval platenia (poistné obdobie)**<br>Jednorázovo |
| **Druh platby**<br>KZ (bankový prevod so zasielaním avíza na úhradu) | | **Typ poistnej zmluvy**<br>Štandardná PZ |

KOMUNÁLNA POISŤOVŇA
VIENNA INSURANCE GROUP

# Poistná zmluva číslo 5100002393

## 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 | EUR |
| 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** | | | **1 osoba** | |
| **Jednorazové poistné za skupinu** | | | **10,00** | **EUR** |

**POISTNÉ**

| | | |
|---|---|---|
| **Jednorazové poistné vrátane dane[1]** | **10,00** | **EUR** |
| **z toho daň z poistenia 10%[1]** | **0,91** | **EUR** |
| **Jednorazové poistné bez dane[1]** | **9,09** | **EUR** |
| **Jednorazová splátka poistného vrátane dane[1]** | **10,00** | **EUR** |

Poistné 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.

**PLATOBNÉ ÚDAJE**

PAY by square

| | |
|---|---|
| **Jednorazová splátka poistného vrátane dane** | **10,00 EUR** |
| **Variabilný symbol** | **5100002393** |
| **Konštantný symbol** | **3558** |
| **Dátum splatnosti** | **01.01.2026** |

**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 |

KOMUNÁLNA POISŤOVŇA
VIENNA INSURANCE GROUP

**Poistná zmluva** číslo **5100002393**

# ÚRAZOVÉ POISTENIE UCHÁDZAČOV O ZAMESTNANIE POČAS PROJEKTU / PROGRAMU

## 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. Ak poistná zmluva nie je uzatvorená prostriedkami diaľkovej komunikácie, poistné je splatné 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 Všeobecných poistných podmienkach, 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. c) 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.

## PRÍLOHY

Pre toto poistenie platia príslušné ustanovenia Občianskeho zákonníka, Všeobecné poistné podmienky (VPP) a Zmluvné dojednania (ZD) (ďalej len „Poistné podmienky")

**Neoddeliteľnou súčasťou poistnej zmluvy sú nasledovné prílohy:**

1. Formulár o zložkách poistného
2. VPP 1000-12 (Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie)
3. Zásady a tabuľky pre hodnotenie telesných poškodení v úrazovom poistení
4. IPID pre produkt 51. Úrazové poistenie uchádzačov o zamestnanie
5. 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 neoznámenia 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:
   a) bol s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poistnej zmluvy písomne oboznámený s obsahom poistnej zmluvy, s vyššie uvedenými Poistnými podmienkami, Oceňovacích tabuliek, 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,

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 19.12.2025

podpis poistníka
Obec Dvorany nad Nitrou

**SÚHLAS SO SPRACÚVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV NA MARKETINGOVÉ ÚČELY**

Týmto ako poistník **nesúhlasím** s tým, aby poisťovňa **spracúvala moje osobné údaje na marketingové účely.**

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 19.12.2025

podpis poistníka
Obec Dvorany nad Nitrou

podpis poisteného
Juraj Bizoň

V Topoľčany, dňa 19.12.2025

SLOVENSKÁ REPUBLIKA OBEC DVORANY NAD NITROU

**podpis poistníka**
**Obec Dvorany nad Nitrou**

KOMUNÁLNA POISŤOVŇA

**Zuzana Kristová**
**č. 2700101055**

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