

**POISTNÁ ZMLUVA
PRE POISTENIE ÚRAZU - KRÁTKODOBÉ**

Union poisťovňa, a.s., Karadžičova 10, 813 60 Bratislava, SR, IČO: 31322051, DIČ: 2020800353, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, odd. Sa, vl. Č. 383/B (ďalej aj „poisťovateľ“) a

1. POISTNÍK

Meno a priezvisko (názov firmy)	Obecný úrad Rovňany	Titul	Rodné číslo / IČO	00648612
Trvalé bydlisko - ulica, číslo	Rovňany 98	Obec	Rovňany	PSČ 98524
Telefón		E-mail	ocurovnany@ma-net.sk	
Bankové spojenie - peňažný ústav	IBAN SK89 5600 0000 0060 0924 5001	Číslo účtu / kód banky		

uzavierajú v zmysle § 788 a nasl. Občianskeho zákonníka č. 40/1964 Zb. v znení neskorších predpisov túto zmluvu o poistení.

2. POISTENÝ

Meno a priezvisko	Zuzana Belányiová	Titul	Rodné číslo
Trvalé bydlisko - ulica, číslo		Obec	PSČ
Telefón		E-mail	

3. ČINNOSŤ POISTENÉHO *údaj nie je povinné vyplniť*

Zamestnanie - pracovná činnosť poisteného	pomocný pracovník	Záujmová činnosť / pravidelná športová činnosť poisteného	žiadna
---	-------------------	---	--------

4. POISTNÁ DOBA

Začiatok poistenia	01.01.2020	Koniec poistenia	30.06.2020
--------------------	------------	------------------	------------

5. RIZIKOVÁ SKUPINA (Číslo sadzby) **A**

5. POISTNÉ KRYTIE

	Poistné sumy	Poistné
<input checked="" type="checkbox"/> Smrť v dôsledku úrazu	2000,00 EUR	2,30 EUR
<input checked="" type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu <i>(minimálne poistné plnenie je 0,5 % z dojednanej poistnej sumy)</i>	2000,00 EUR	2,70 EUR
<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu a bolesti <i>(minimálne poistné plnenie je 0,5 % z dojednanej poistnej sumy)</i>	EUR	EUR
<input checked="" type="checkbox"/> Denné odškodné pri hospitalizácii po úraze	4,00 EUR	6,60 EUR
POISTNÉ SPOLU		11,60 EUR

Poistné zahŕňa daň z poistenia vo výške 8% v zmysle zákona č. 213/2018 Z.z. o dani z poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov platného od 1.1.2019.

6. SPÔSOB PLATENIA jednorazovo

7. POISTNÉ

Jednorazové poistné vo výške EUR bolo zaplatené dňa

Druh avíza: poštová poukážka bez avíza

Číslo účtu poisťovateľa na úhradu poistného je 6600547090/1111, IBAN: SK59 1111 0000 0066 0054 7090, SWIFT/BIC: UNCRSKBX vedený v UniCredit Bank Czech Republic and Slovakia, a.s., pobočka zahraničnej banky, konštantný symbol 3558, variabilným symbolom je číslo poistnej zmluvy.

8. MENO A PRIEZVISKO OPRÁVNENEJ OSOBY

	Rodné číslo	Podiel na plnení
		%
		%
		%

Ak nie je oprávnená osoba určená alebo ak nenadobudne právo na plnenie, právo na plnenie má osoba určená podľa § 817 ods. 2 a 3 Občianskeho zákonníka.

9. ZVLÁŠTNE DOJEDNANIA

Poistenie sa vzťahuje na úrazy, ktoré poistená osoba utrpí počas: aktivačná č. - obecné služby (§52) pre Obecný úrad Rovňany ,Rovňany 98, Rovňany 98524, IČO 00648612

10. SPROSTREDKOVATEĽ

Meno a priezvisko (názov)	Mgr.Eva Zsélyiová	Adresa	Union poisťovňa a.s.,Begová 31/14,LC
---------------------------	-------------------	--------	--------------------------------------

Poistná zmluva je uzavretá okamihom, keď je podpísaná oboma zmluvnými stranami.

V zmysle § 800 ods. 2 Občianskeho zákonníka sa dojednáva, že poistenie môže vypovedať poisťnik alebo Union poisťovňa, a.s. (ďalej "poisťovateľ") do dvoch mesiacov po uzavretí poistnej zmluvy. Vypovedná lehota je osemdenná a jej uplynutím poistenie zanikne.

Neoddeliteľnou súčasťou tejto poistnej zmluvy sú Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie.

V prípade smrti poisťníka, ktorý nie je zároveň poisteným, prechádzajú všetky práva a povinnosti vyplývajúce z poistenia na poisteného.

Prijmy poisteného a oprávnených osôb z poistnej zmluvy podliehajú zdaneniu v zmysle všeobecne záväzných právnych predpisov platných na území Slovenskej republiky. Zákon č. 595/2003 Z.z. o dani z príjmov v znení neskorších predpisov ustanovuje, ktoré plnenia z poistenia sú oslobodené od dane z príjmov, ako aj odpočítateľné položky, resp. iné daňové náležitosti týkajúce sa poistenia.

Pre právne pomery vyplývajúce z uzavretej poistnej zmluvy platí právny poriadok SR.

Výška odkupnej hodnoty pri predčasnom ukončení zmluvy sa v súlade s § 788 ods. 2 písm. f) Občianskeho zákonníka dojednáva na **0,00 EUR**.

Poistený ani poisťnik sa nepodieľajú na výnosoch poisťovateľa.

Za uzavretie tejto poistnej zmluvy vznikne zamestnancovi poisťovateľa nárok na peňažnú odmenu, ktorá je zamestnancovi vyplácaná poisťovateľom jednorazovo alebo mesačne počas prvého roka platnosti poistnej zmluvy.

Práva a povinnosti poisťovateľa a poisteného / poisťníka sú uvedené v právnych predpisoch a poistných podmienkach.

VYHLÁSENIE O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO

Poistený čestne vyhlasuje, že nie je v čase dojednávania poistenia profesionálnym športovcom, nie je práceneschopný, HIV pozitívny, netrpí psychickým ochorením, netrpí ani v minulosti netrpel onkologickými ochoreniami, nádormi akéhokoľvek druhu (napr. aj nezhubnými nádormi, výrastkami), netrpí neurologickým ochorením (napr. epilepsiou, sklerózou multiplex alebo iným demyelinizačným ochorením, nervosvalovým degeneratívnym ochorením alebo čiastočnou stratou hybnosti), nie je závislý na drogách, liekoch alebo alkohole, nie je čiastočne alebo celkom odkázaný na opateru inej osoby, nie je uznaný invalidným s poklesom schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 70% v porovnaní so zdravou fyzickou osobou, nie je uznaný invalidným s poklesom schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o menej ako 70% v porovnaní so zdravou fyzickou osobou z dôvodu ochorenia alebo úrazu pohybového aparátu, v minulosti netrpel úraz, po ktorom pretrvávajú nejaké zdravotné ťažkosti alebo následky (napr. poruchy hybnosti) a nepodstúpil operáciu pohybového aparátu, ani mu nebola odporúčaná, zároveň nemá odporúčanú ani plánovanú hospitalizáciu z dôvodu úrazu ani z iného zdravotného dôvodu.

<input checked="" type="checkbox"/>	SÚHLASÍM
<input type="checkbox"/>	NESÚHLASÍM

VYHLÁSENIE POISTENÉHO

Týmto vyhlasujem, že všetky mnou vyššie uvedené skutočnosti sú pravdivé a úplné a neboli zatajené alebo vynechané žiadne závažné okolnosti alebo informácie týkajúce sa môjho zdravotného stavu a životných zvykov. Som si vedomý možných dôsledkov v prípade zamlčania závažných okolností alebo nesprávnych informácií o mojom zdravotnom stave (odstúpenie od zmluvy, odmietnutie alebo zníženie poistného plnenia). Vyhláseniu o zdravotnom stave som riadne porozumel.

V prípade nesúhlasu s Vyhlásením o zdravotnom stave poisteného je nutné vyplniť Dotazník o zdravotnom stave poisteného, ktorý tvorí Prílohu č.1 tejto poistnej zmluvy. Následne bude posúdený zdravotný stav poisteného, na základe ktorého má poisťovateľ právo zmeniť podmienky poistenia, prípadne vypovedať zmluvu v zmysle § 800 ods. 2 Občianskeho zákonníka.

Súhlasím s tým, aby poisťovateľovi boli poskytnuté informácie o mojom zdravotnom stave na účel vymedzený v Základných informáciách o ochrane osobných údajov pre dotknutú osobu.

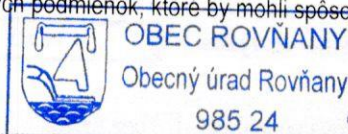
Pre účely posúdenia poistného rizika a účely likvidácie poistnej udalosti úrazového poistenia spojenej so vznikom invalidity splnomocňujem poisťovateľa na vyžiadanie Lekárskej správy od Sociálnej poisťovne.

Toto vyhlásenie nebolo urobené pod nátlakom ani v časovej tiesni alebo za iných nevýhodných podmienok, ktoré by mohli spôsobiť nesprávne alebo neúplné poskytnutie informácií, čo potvrdzujem svojim podpisom.

Podpis poisteného na tejto poistnej zmluve považujú zmluvné strany za podpisový vzor.

Lučivca, 19.12.2019

.....
miesto a dátum vyplnenia vyhlásenia



.....
podpis poisteného

VYHLÁSENIE POISŤNÍKA

Poistnú zmluvu prijímam v navrhovanom rozsahu a prehlasujem, že všetky mnou vyššie uvedené údaje sú pravdivé a úplné. Potvrdzujem, že mi boli oznámené Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie platné v deň, ktorý je ako začiatok poistenia uvedený v tejto poistnej zmluve a ktoré boli priložené k tejto poistnej zmluve.

Súčasne potvrdzujem, že som bol pred uzavretím tejto poistnej zmluvy oboznámený s údajmi podľa § 792a ods. 2 Občianskeho zákonníka.

Som si vedomý, že v zmysle zákona o poisťovníctve poisťovateľ môže spracúvať moje osobné údaje a osobné údaje poisteného a poistených detí, vrátane informácií o ich zdravotnom stave, na účel vymedzený v Základných informáciách o ochrane osobných údajov pre dotknutú osobu.

Toto vyhlásenie nebolo urobené pod nátlakom ani v časovej tiesni alebo za iných nevýhodných podmienok, ktoré by mohli spôsobiť nesprávne alebo neúplné poskytnutie informácií, čo potvrdzujem svojim podpisom.

Podpis poisťníka na tejto poistnej zmluve považujú zmluvné strany za podpisový vzor.

Poisťnik svojim podpisom potvrdzuje, že mu bol pred uzavretím poistnej zmluvy odovzdaný Informačný dokument o poistnom produkte pre Krátkodobé úrazové poistenie a dokument Základné informácie o ochrane osobných údajov pre dotknutú osobu.

19.12.2019
.....
dátum uzavretia poistnej zmluvy

.....
číslo získateľskej nadzmluvy:

22-1223564



.....
číslo získateľa:

68000052

Union U133
Poisťovňa
Union poisťovňa, a.s.
Begova 14, 984 01 Lučenec
.....
za Union poisťovňu, a.s.

SÚHLAS SO SPRACÚVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV NA ÚČELY MARKETINGOVÝCH AKTIVÍT

SÚHLASÍM, ABY MI UNION POISŤOVŇA, A.S. AKO AJ UNION ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA, A.S., ZASIELALI NOVINKY A INFORMÁCIE O VÝHODÁCH, ZĽAVÁCH, PRODUKTOCH A SLUŽBÁCH

Udelením tohto súhlasu súhlasíte s tým, aby Vaše osobné údaje v rozsahu meno, priezvisko, titul, adresa trvalého pobytu, kontaktná adresa, telefónne číslo a e-mailová adresa boli spracúvané spoločnosťami Union poisťovňa, a.s., Union zdravotná poisťovňa, a.s. a aj ich prípadnými dcérskymi spoločnosťami, na účely marketingových aktivít. Súčasne súhlasíte s použitím Vášho telefónneho čísla a e-mailovej adresy na zasielanie marketingových správ formou elektronickej pošty alebo formou služieb krátkych správ. Súhlas je poskytnutý na dobu počas trvania poisťnej zmluvy a na dobu 5 rokov po ukončení platnosti poisťnej zmluvy. Poskytnutie osobných údajov na uvedené účely nie je povinné. Tento súhlas je možné kedykoľvek písomne odvolať, pričom odvolanie nemá spätné účinky.

áno (súhlasím) nie (nesúhlasím)

Poskytnutie osobných údajov na vyššie uvedené účely nie je povinné. Beriem na vedomie, že súhlas je možné kedykoľvek odvolať a že odvolanie nemá spätné účinky.

L. Kováčik, 19.12.2019

.....
miesto a dátum

CP

