

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	Vojtech Berky	Titul	Rodné číslo
Trvalé bydlisko - ulica, číslo		Obec	Rovňany PSČ 98524
Telefón		E-mail	

3. ČINNOSŤ POISTENÉHO		<i>údaj nie je povinné vyplniť</i>	
Zamestnanie - pracovná činnosť poisteného	čistenie verejných priestranstiev	Záujmová činnosť / pravidelná športová činnosť poisteného	žiadna

4. POISTNÁ DOBA	Začiatok poistenia	01.03.2020	Koniec poistenia	31.08.2020	5. RIZIKOVÁ SKUPINA	A
					(Číslo sadzby)	

5. POISTNÉ KRYTIE						
<input checked="" type="checkbox"/> Smrť v dôsledku úrazu	Poistné sumy	2000,00	EUR	Poistné	2,30	EUR
<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu <i>(minimálne poistné plnenie je 0,5 % z dojedanej poistnej sumy)</i>			EUR			EUR
<input checked="" type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu a bolestné <i>(minimálne poistné plnenie je 0,5 % z dojedanej poistnej sumy)</i>		3000,00	EUR		5,25	EUR
<input checked="" type="checkbox"/> Denné odškodné pri hospitalizácii po úraze		4,00	EUR		6,60	EUR
	POISTNÉ SPOLU				14,15	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	<input checked="" type="checkbox"/> jednorazovo
---------------------------	---

7. POISTNÉ	Jednorazové poistné vo výške	14,15	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, konštančný 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 aktivač. činnosti: Projekt „Pomôž svojej obci“	
10. SPROSTREDKOVATEĽ	Meno a priezvisko (názov) Mgr. Eva Zsélyiová	Adresa Union poisťov.a.s., Begová 31/14, LC 98401

...ná 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 poisťnej zmluvy. Vypovedná lehota je osemdenná a jej uplynutím poistenie zanikne.
Neoddeliteľnou súčasťou tejto poisťnej zmluvy sú Všeobecné poisťné podmienky pre úrazové poistenie.
V prípade smrti poisťníka, ktorý nie je zároveň poisteným, prechádzajú všetky práva a povinnosti vyplývajúce z poistenia na poisteného.
Príjmy poisteného a oprávnených osôb z poisťnej 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 poisťnej 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 poisťnej zmluvy vznikne zamestnancovi poisťovateľa nárok na peňažnú odmenu, ktorá je zamestnancovi vyplácaná poisťovateľom
jednorazovo alebo mesačne počas prvého roka platnosti poisťnej zmluvy.
Práva a povinnosti poisťovateľa a poisteného / poisťníka sú uvedené v právnych predpisoch a poisťných 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 nezhodnými nádormi,
výrastkami), netrpí neurologickým ochorením (napr. epilepsiou, sklerózou multiplex alebo iným demyelinizačným ochorením, nervovosvalovým
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.



SÚHLASÍM



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 poisťného plnenia).
Vyhlaseniu o zdravotnom stave som riadne porozumel.

V prípade nesúhlasu s Vyhlasením o zdravotnom stave poisteného je nutné vyplniť Dotazník o zdravotnom stave poisteného, ktorý tvorí Prílohu č.1
tejto poisťnej 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 poisťného rizika a účely likvidácie poisťnej 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 poisťnej zmluve považujú zmluvné strany za podpisový vzor.

Porovnaný, 25.2.2020

miesto a dátum vyplnenia vyhlásenia

[Podpis]

podpis poisteného

VYHLÁSENIE POISŤNÍKA

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

Súčasne potvrdzujem, že som bol pred uzavretím tejto poisťnej 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 poisťnej zmluve považujú zmluvné strany za podpisový vzor.

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

25.2.2020

dátum uzavretia poisťnej zmluvy

Caban

podpis poisťníka

OBEC ROVNANY
OBECNÝ ÚRAD ROVNANY

985 24

za Union poisťovňu, a.s.

číslo ziskateľskej nadzmluvy:

22-13383

číslo ziskateľa:

68000052