

**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. POISTNIK			
Meno a priezvisko (názov firmy)	Obec Malé Ozorovce	Titul*	Rodné číslo / IČO 00331708
Trvalé bydlisko - ulica, číslo	Hlavná 108/29	Obec Malé Ozorovce	PSC 078 01
Telefón*	056/6789305	E-mail	mozorovce@slovanet.sk
Bankové spojenie - peňažný ústav*	Prima banka Slovensko, a.s.	Číslo účtu / kód banky	SK60 5600 0000 0042 0077 5001

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	Peter Klíma	Titul*	Rodné číslo
Trvalé bydlisko - ulica, číslo	Hlavná 11/3	Obec Malé Ozorovce	PSC 078 01
Telefón*		E-mail*	

údaj nie je povinné vyplniť

3. ČINNOSŤ POISTENÉHO			
Zamestnanie - pracovná činnosť poisteného	menšie obecné služby	Záujmová činnosť / pravidelná športová činnosť poisteného	žiadna

4. POISTNÁ DOBA	Začiatok poistenia	1.10.2023	Koniec poistenia	31.3.2024	5. RIZIKOVÁ SKUPINA (Číslo sadzby)	B
------------------------	--------------------	-----------	------------------	-----------	--	---

5. POISTNÉ KRYTIE			
<input checked="" type="checkbox"/> Smrť v dôsledku úrazu	Poistné sumy	EUR	Poistné
<input checked="" type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu (minimálne poistné plnenie je 0,5 % z dojednanej poisťnej sumy)	2000,00	EUR	3,50
<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu a bolestné (minimálne poistné plnenie je 0,5 % z dojednanej poisťnej sumy)	2000,00	EUR	4,00
<input type="checkbox"/> Denné odškodné pri hospitalizácii po úraze		EUR	
		EUR	
	POISTNÉ SPOLU		7,50
		EUR	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	7,50	EUR	bolo zaplatené dňa	1.10.2023
-------------------	------------------------------	------	-----	--------------------	-----------

 Druh aviza: poštová poukážka bez aviza

Číslo účtu poisťovateľa na úhradu poisťného 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 poisťnej zmluvy.

8. MENO A PRIEZVISKO OPRAVNENEJ 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 Obec Malé Ozorovce
-------------------------------	---

10. SPROSTREDKOVATEĽ	Meno a priezvisko (názov)	Bc. Dominik Korytko	Adresa	Hlavná 115/28, 078 01 Malé Ozorovce
-----------------------------	---------------------------	---------------------	--------	-------------------------------------

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.

Prijímy 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.

VYHLASENIE 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

VYHLASENIE 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). 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 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.

MALE OZOROVCE, 29.9.2023

miesto a dátum vyplnenia vyhlásení

podpis poisteného

VYHLASENIE POISŤNIKA

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 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 poisťnom produkte pre Krátkodobé úrazové poistenie a dokument Základn** **ov pre dotk**

29.9.2023

dátum uzavretia poisťnej zmluvy

podpis poisťníka

za Union poisťovňu, a.s.

číslo ziskateľskej nadzmluvy:

číslo ziskateľa:

SÚHLAS SO SPRACUVANIM OSOBNÝCH ÚDAJOV NA ÚČELY MARKETINGOVYCH AKTIVIT

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 poisťovej zmluvy a na dobu 5 rokov po ukončení platnosti poisťovej zmluvy. Poskytnutie osobných údajov na uvedené účely nie je povinné. Tento súhlas je možné kedykoľvek písomne odvolať, pričom odvolanie nemá spätné účinky.

áno (súhlasim) **nie (nesúhlasim)**

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.

MALE OZOROVCE, 29.9.2023
miesto a dátum

.....
podpis poistníka

