

**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 | Ján Miňo | Titul* | Rodné číslo |
| Trvalé bydlisko - ulica, číslo | Jarková 170/1 | 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 | B |
| | | | | | (Číslo sadzby) | |

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

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 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 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. Výpovedná 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. Prijmy 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 uzatvorenie 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 POISTENEHO

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 nezhudbnými 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.

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

VYHLASENIE POISTENEHO

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.

HALE 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 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 poistnom produkte pre Krátkodobé úrazové poistenie a dokument Základné informácie o ochrane osobných údajov pre dotknutú osobu.

29.9.2023

dátum uzavretia poisťnej zmluvy

číslo ziskateľskej nadzmluvy:

číslo ziskateľa:

SÚHLAS SO SPRACÚVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV NA ÚČELY MARKETINGOVÝCH AKTIVIT

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

VÝHODÁCH, ZLAVÁCH, 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 poistnej zmluvy a na dobu 5 rokov po ukončení platnosti poistnej 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

