Číslo poistnej zmluvy : 11-14646

Poisťovňa

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)	Obec Smrdáky	Titul		Rodné číslo / IČO	00310000
Trvalé bydlisko - ulica, číslo	Smrdáky 181	Obec	Smrdáky	PSČ	90603
Telefón	+421907581701	E-mail	starosta@obecsmrdaky.sk		
Bankové spojenie - peňažný ústav		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		Titul		Rodné číslo	
Trvalé bydlisko - ulica, číslo		Obec	Smrdáky	PSČ	
Telefón		E-mail			

údaj nie je povinné vyplniť

3. CINNOSŤ POISTENÉHO			
Zamestnanie - pracovná činnosť poisteného	aktivačné práce	Záujmová činnosť / pravidelná športová činnosť poisteného	žiadna

4. POISTNÁ DOBA	Začiatok poistenia	1.4.2024	Koniec poistenia	31.12.2024	5. RIZIKOVÁ SKUPINA *(Číslo sadzby)*	B

5. POISTNÉ KRYTIE

	Poistné sumy		Poistné	
☑ Smrť v dôsledku úrazu	2000,00	EUR	5,25	EUR
☑ Trvalé následky úrazu *(minimálne poistné plnenie je 0,5 % z dojednanej poistnej sumy)*	2000,00	EUR	6,00	EUR
☐ Trvalé následky úrazu a bolestné *(minimálne poistné plnenie je 0,5 % z dojednanej poistnej sumy)*		EUR		EUR
☐ Denné odškodné pri hospitalizácii po úraze		EUR		EUR
		POISTNÉ SPOLU	11,25	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 11,25 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. - dobrovoľnícka služba (§52a) pre Obec Smrdáky, IČO: 00310000

10. SPROSTREDKOVATEĽ	Meno a priezvisko (názov) CENTRUM POISTENIA, s.r.o.	Adresa Agátová 1171/20, 905 01 Senica

1+098+01+01+0122

Poistná zmluva je uzavretá okamihom, keď je podpísaná oboma zmluvnými stranami.
V zmysle § 800 ods. 2 Občianskeho zákonníka sa dojednáva, že poistenie môže vypovedať poistník alebo Union poisťovňa, a.s. (ďalej "poisťovateľ") do dvoch mesiacov po uzavretí poistnej zmluvy. Výpovedná lehota je osemdenná a jej uplynutím poistenie zanikne.
Neoddeliteľnou súčasťou tejto poistnej zmluvy sú Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie.
V prípade smrti poistníka, ktorý nie je zároveň poisteným, prechádzajú všetky práva a povinnosti vyplývajúce z poistenia na poisteného.
Príjmy 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 poistník 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 / poistníka sú uvedené v právnych predpisoch a poistných podmienkach.
Poisťovateľ neposkytne poistné plnenie a ani neposkytne akékoľvek iné plnenie poistenému, pokiaľ by bol poisťovateľ vystavený hrozbe pokút, sankcií, obmedzení alebo zákazov, ktoré vyplývajú z:
a) obchodných alebo ekonomických sankcií Európskej únie,
b) práva alebo platných predpisov Európskej únie,
c) rozhodnutí Organizácie spojených národov,
d) platných právnych predpisov Slovenskej republiky.
Poisťovateľ môže zadržať poistné plnenie a akékoľvek iné plnenie poistenému, pokiaľ je poistený vedený v sankčných zoznamoch v USA. Po dobu zadržania poistného plnenia alebo akéhokoľvek iného plnenia poisťovateľ nie je v omeškaní s platením.

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, 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 neutrpel 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 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.

....

miesto a dátum vyplnenia vyhlásení — podpis **poisteného**

[redacted]

VYHLÁSENIE POISTNÍKA

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 Základné informácie o ochrane osobných údajov pre dotknutú osobu, 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 poistníka na tejto poistnej zmluve považujú zmluvné strany za podpisový vzor.

Poistník svojím podpisom potvrdzuje, že mu bol pred uzavretím poistnej zmluvy odovzdaný **Informačný dokument o poistnom produkte pre Krátkodobé úrazové poistenie, dokument Základné informácie o ochrane osobných údajov pre dotknutú osobu a dokument Informačný formulár o jednotlivých zložkách poistného.**

Lucia Gorčíková
CENTRUM POISTENIA s.r.o.
gorcikova.lucia@centrumpoistenia.sk
+0904/227130

.....	.....	.....
dátum uzavretia poistnej zmluvy	podpis **poistníka**	za Union poisťovňu, a.s.
číslo získateľskej nadzmluvy: [ ]	číslo zís[redacted]	

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 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.

[X] **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.

.....	.....
miesto a dátum	podpis poistníka

[redacted]