

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 Bušince	Titul	Rodné číslo / IČO 00319236
Trvalé bydlisko - ulica, číslo	Železničná 4/320	Obec	Bušince PSC 99122
Telefón		E-mail	oubusince@gonet.sk
Bankové spojenie - peňažný ústav	IBAN SK26 0200 0000 0000 0132 4	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	František Jekkel,	Titul	Rodné číslo 670807/7250
Trvalé bydlisko - ulica, číslo	Banická 135/28	Obec	Bušince PSC 99122
Telefón		E-mail	

údaj nie je povinné vyplniť

3. ČINNOSŤ POISTENÉHO			
Zamestnanie - pracovná činnosť poisteného	čistenie verejných priestranstiev	Záujmová činnosť / pravidelná športová činnosť poisteného	žiadna

4. POISTNÁ DOBA	Začiatok poistenia	13.05.2020	Koniec poistenia	31.10.2020	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 type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu <i>(minimálne poistné plnenie je 0,5 % z dojedanej poisťnej sumy)</i>	/	EUR	/ EUR
<input checked="" type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu a bolestné <i>(minimálne poistné plnenie je 0,5 % z dojedanej poisťnej sumy)</i>	2000,00	EUR	3,50 EUR
<input checked="" type="checkbox"/> Denné odškodné pri hospitalizácii po úraze	4,00	EUR	6,60 EUR
POISTNÉ SPOLU			12,40 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	12,40 EUR bolo zaplatené dňa
Druh avíza: <input type="checkbox"/> poštová poukážka <input type="checkbox"/> 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 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: iný typ aktívnej činnosti (špecifikujte) pre Obec Bušince, Železničná 4/320, 991 22 Bušince
-------------------------------	---

10. SPROSTREDKOVATEĽ	Meno a priezvisko (názov)	Adresa
	Mgr. Eva Zsélyiová	Union poisťovňa a.s., Begová31/14, Lc98401

...ná zmluva je uzavretá okamihom, keď je podpísaná oboma zmluvnými stranami.
V zmysle § 800 ods. 2 Občianskeho zákonníka sa dojednáva, že poistenie môže vypovedať poisťník 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.
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 poisťník 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 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 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 type="checkbox"/>	SÚHLASÍM
<input checked="" 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 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 podpisovú formu.

13 MÁJ 2020 *n. Burdica*
.....
miesto a dátum vyplnenia vyhlásení

VYHLÁSENIE POISŤNÍKA

Poisťnú zmluvu prijímam v navrhovanom rozsahu a prehlasujem, že všetky uvedené údaje sú pravdivé a úplné. Potvrdzujem, že mi boli oznámené Všeobecné poisťné podmienky pre úrazové poistenie platné v čase, 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.

Poisťník svojim podpisom potvrdzuje, že informácie uvedené v tomto dokumente sú pravdivé a úplné.

Krátkodobé úrazové poistenie

13 MÁJ 2020

.....
dátum uzavretia poisťnej zmluvy

číslo ziskateľskej nadzmluvy: 2213389

číslo ziskateľa: 6800052

Union U133

Podpísaný Informačný dokument o poisťnom produkte pre