



Číslo poisťnej zmluvy: 832099999

**POISŤNÁ ZMLUVA  
PRE ÚRAZOVÉ POISTENIE - UNION ISTOTA****Poisťovňa**

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

<b>1. POISŤNÍK</b>		Je poisťník súčasne poistenou osobou? <input checked="" type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie		Ak áno, uveďte jeho osobné údaje len v tejto časti:		
Priezvisko	Malá	Meno	Hortenzia	Titul <sup>1)</sup>	Číslo ID <sup>2)</sup> ED934598	
Trvalé bydlisko - ulica, číslo	Biskupská 9		Obec	Svrčinovec	PSČ 95487	
Adresa na korešpondenciu - ulica, číslo <sup>3)</sup>			Obec <sup>1)</sup>	PSČ <sup>1)</sup>		
Telefón <sup>1)</sup>	Štátne občianstvo	SR	Rodinný stav <sup>1)</sup>	Rodné číslo 905204 / 9303		
E-mail	malinkasom@hotmail.com		Číslo účtu / kód banky <sup>1)</sup>			
uzavierajú v zmysle § 788 a nasl. Občianskeho zákonníka č. 40/1964 Zb. v znení neskorších predpisov túto zmluvu o poistení.						
<b>2. POISTENÝ</b>						
Priezvisko	Meno		Titul <sup>1)</sup>	Číslo ID <sup>2)</sup>		
Trvalé bydlisko - ulica, číslo			Obec	PSČ		
Telefón <sup>1)</sup>	Štátne občianstvo		Rodinný stav <sup>1)</sup>	Rodné číslo		
E-mail <sup>1)</sup>						
<b>3. POISTENÉ DETI</b>						
Dieťa	Meno a Priezvisko	Rodné číslo	Štátne občianstvo	Trvalé bydlisko (ulica, číslo, obec, PSČ)*		
D1	Krištof Malý	090204 / 9302	SR			
D2						
D3						
* vyplniť v prípade, ak je iné ako u poisťníka						
<b>4. ÚDAJE O POISTENÍ</b>						
Začiatok poistenia	1 2 2022	Poisťná doba	5 rokov	Koniec poistenia	31 1. 2027	
Zamestnanie - pracovná činnosť / funkcia poisteného	administratívny pracovník		Záujmová činnosť / pravidelná športová činnosť poisteného člnkovanie			
Zamestnávateľ:	Administratíva, s.r.o.	RS 1	vykonávaná	rekreačne	RS 1	
<sup>1)</sup> údaj nie je povinné vyplniť <sup>2)</sup> identifikačný doklad (doklad totožnosti) <sup>3)</sup> ak je iná ako trvalé bydlisko						
<b>5. POISŤNÉ OBDOBIA</b>						
Bežné poisťné bude platené v	<input checked="" type="checkbox"/> ročných	<input type="checkbox"/> polročných	<input type="checkbox"/> štvrtročných	<input type="checkbox"/> mesačných	poisťných obdobiach	
Druh avíza	<input type="checkbox"/> poštová poukážka	<input type="checkbox"/> bez avíza (trvalý príkaz)	<input checked="" type="checkbox"/> elektronické avízo na e-mail:	malinkasom@hotmail.com		
Poisťné je splatné prvým dňom poisťného obdobia.						
<b>6. POISŤNÉ KRYTIE</b>						
POISŤNÉ KRYTIE PRE POISTENÉHO			poisťné sumy	poisťné za poisťné obdobie		
<input checked="" type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu	<input checked="" type="checkbox"/> bez progresie	<input type="checkbox"/> s progresiou 450	11 000	EUR	28,08	EUR
<input checked="" type="checkbox"/> Smrť v dôsledku úrazu			11 000	EUR	23,64	EUR
<input checked="" type="checkbox"/> Denné odškodné v prípade hospitalizácie po úraze			5	EUR	6,72	EUR
<input type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia úrazu				EUR		EUR
<input type="checkbox"/> Denná náhrada v prípade práceneschopnosti po úraze				EUR		EUR
<input type="checkbox"/> Maximálna ochrana				EUR		EUR
<input type="checkbox"/> Kompenzácia za chirurgický zákrok				EUR		EUR
Výplata bolestného v prípade hospitalizácie po úraze sa	<input checked="" type="checkbox"/> dojednáva	<input type="checkbox"/> nedojednáva			7,44	EUR
			poisťné za poisťné obdobie spolu		65,88	EUR
Poisťné 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.						
<b>1+098+01+01+0122</b>						

POISTNÉ KRYTIE PRE POISTENÉ DETI - BALÍKY (pre všetky deti sa dojednáva rovnaké poistné krytie) Trvalé následky úrazu s progresiou 450	<input type="checkbox"/> BRONZ poistné sumy	<input checked="" type="checkbox"/> STRIEBRO poistné sumy	<input type="checkbox"/> ZLATO poistné sumy
Trvalé následky úrazu s progresiou 450	3 000 EUR	5 500 EUR	8 000 EUR
Smrť v dôsledku úrazu	500 EUR	500 EUR	500 EUR
Čas nevyhnutného liečenia úrazu	1 000 EUR	2 000 EUR	3 000 EUR
		53,76 EUR	

**Dátum konca poistenia pre jednotlivé deti je najneskôr deň predchádzajúci výročnému dňu v kalendárnom roku, v ktorom poistené dieťa**

#### 7. POISTNÉ

Poistné za poistné obdobie za poisteného	65,88 EUR
Poistné za poistné obdobie za <input type="text" value="1"/> dieťa / deti	53,76 EUR
<b>PREDPÍSANÉ POISTNÉ SPOLU**</b>	<b>119,64 EUR</b>

\*\* 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.

#### ZLAVA PRE KLIENTOV UZP\*\*\*

Číslo preukazu poistenca/prihlášky poistený:	<input type="text" value="270000034"/>	Výška zľavy	<input type="text" value="11,96"/> EUR
poistené dieťa:	<input type="text" value="270000045"/>	Predpísané poistné po zľave	<input type="text" value="107,68"/> EUR

\*\*\* podmienky poskytnutia zľavy sú uvedené na štvrtej strane tejto poistnej zmluvy

#### OPRÁVNENÉ OSOBY

**V prípade smrti poisteného má právo na vyplatenie poistného plnenia:**

Meno a priezvisko oprávnenej osoby alebo vzťah k poistenému	Rodné číslo	Podiel na plnení
zatiaľ neurčujem		%
		%
		%

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.

Oprávnená osoba v prípade smrti poisteného dieťaťa je určená podľa § 817 ods. 2 a 3 Občianskeho zákonníka.

#### DOTAZNÍK O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO

1. A. Ste v súčasnosti práceneschopný?  áno  nie      E. Trpíte psychickými poruchami alebo epilepsiou?  áno  nie  
 B. Ste profesionálny športovec?  áno  nie      F. Ste závislý na alkohole alebo drogách?  áno  nie  
 C. Ste odkázaný na opateru inej osoby?  áno  nie      G. Ste HIV pozitívny?  áno  nie  
 D. Je Vám v súčasnosti priznaná invalidita?  áno  nie

Ak je Vám priznaná invalidita, odkedy, prečo a aké máte percento poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť?

2. Máte v súčasnej dobe alebo ste mali v minulosti nejaké zdravotné ťažkosti, prípadne vyšetrujú Váš zdravotný stav alebo ste pod lekársym dozorom?

áno  nie

Ak áno, odkedy a prečo ?

3. Ste pravák alebo ľavák?  pravák  ľavák

4. Utrpeli ste niekedy v minulosti úraz, po ktorom u Vás pretrvávajú nejaké zdravotné ťažkosti alebo následky (napr. poškodenie alebo bolesť kĺbov, svalov, kostí, chrbtice alebo iných orgánov vrátane porušenia ich funkčností)?  áno  nie

Uveďte kedy, o aký úraz išlo a popíšte ťažkosti:

Dátum úrazu:	Aký úraz:	Pretrvávajúce ťažkosti alebo následky úrazu:

5. Utrpeli ste v posledných 5 rokoch nejaký úraz?

áno  nie

Ak áno, uveďte o aký úraz išlo a kedy sa stal:

6. Aký druh športu vykonávate a na akej úrovni (rekreačne alebo ste registrovaný v oddieloch či kluboch)?

Zúčastňujete sa súťaží?  áno  nie

člnkovanie

7. Uveďte meno a adresu Vášho ošetrojúceho lekára:

Marek Mokry, DFNSP Limbová 1, BA - Kramáre

**DOTAZNÍK O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÝCH DETÍ**

8. Trpí poistené dieťa epilepsiou, psychickými poruchami, HIV pozitívitou alebo závislosťou na návykových látkach, je odkázané na opateru inej osoby? D1  áno  nie D2  áno  nie D3  áno  nie

9. Majú v súčasnej dobe alebo mali v minulosti poistené deti nejaké zdravotné ťažkosti, prípadne vyšetrujú ich zdravotný stav alebo sú pod lekárske dozorom? D1  áno  nie D2  áno  nie D3  áno  nie

Dieťa:	Kedy (od - do):	Choroba, poruchy, ťažkosti:	Súčasný stav:

10. Utrpelo poistené dieťa niekedy v minulosti úraz, po ktorom u neho pretrvávajú nejaké zdravotné ťažkosti alebo následky (napr. poškodenie alebo bolesti kĺbov, svalov, kostí, chrbtice alebo iných orgánov vrátane porušenia ich funkčnosti)?

D1  áno  nie D2  áno  nie D3  áno  nie

Uveďte ktoré dieťa, kedy, a aký úraz išlo a popíšte ťažkosti:

Dieťa:	Dátum úrazu:	Aký úraz:	Pretrvávajúce ťažkosti alebo následky úrazu:

Poistná 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 poisťovateľ do dvoch mesiacov po uzavretí poisťnej zmluvy. Výpovedná lehota je osemnásť a jej uplynutím poistenie zanikne.

Pre toto poistenie platia Všeobecné poisťné podmienky pre poistenie úrazu - UNION ISTOTA (ďalej len "VPP UI") platné v deň, ktorý je ako začiatok poistenia uvedený v tejto poisťnej zmluve, a zároveň sú neoddeliteľnou súčasťou poisťnej zmluvy spolu s prílohami a dodatkami k poisťnej zmluve a inými dotazníkmi (ak boli vyžadované).

Príjmy poisťovateľa, 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, 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 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.

Ak nie je v poisťnej zmluve určená oprávnená osoba alebo ak nenadobudne právo na plnenie, právo na plnenie má osoba určená podľa § 817 ods. 2 a 3 Občianskeho zákonníka.

Oprávnená osoba v prípade smrti poisteného dieťaťa je určená podľa § 817 ods. 2 a 3 Občianskeho zákonníka.

**ZVLÁŠTNE DOJEDNANIA**

V prípade smrti poisťníka, ktorý je zároveň poisteným, poistenie zaniká. V prípade smrti poisťníka, ktorý nie je zároveň poisteným a poisteným je dospelá osoba, prechádzajú všetky práva a povinnosti poisťníka vyplývajúce z poistenia na poisteného. V prípade smrti poisťníka, ktorý nie je zároveň poisteným a poisteným sú len deti, poistenie zaniká. V prípade smrti poisťníka, ktorý nie je zároveň poisteným a poisteným je dospelá osoba a poistené sú aj deti, prechádzajú všetky práva a povinnosti poisťníka vyplývajúce z poistenia na poisteného. Poistenie zanikne aj smrťou všetkých poistených osôb. Pre účely tohto dojednania sa za dospelú osobu považuje každá osoba, ktorá v kalendárnom roku začiatku poistenia dovŕši 15 a viac rokov.

Okrem vylúčení z poisťného plnenia uvedených v článku 15 Všeobecných poisťných podmienok pre poistenie úrazu - Union Istota, poisťovateľ neposkytne poisťné plnenie za úraz poisteného, s výnimkou smrti poisteného v dôsledku úrazu, ak k úrazu došlo počas "čakacej lehoty pre úrazové poistenie". Čakacia lehota pre úrazové poistenie začína plynúť v deň uzavretia zmluvy a končí 24.00 hodinou dňa, v ktorom bolo poukázané prvé poisťné, čakacia lehota trvá najdlhšie 7 dní od uzavretia poistenia.

V prípade, že čakacia lehota je ukončená pred dňom začiatku poistenia, poisťovateľ poskytuje poisťné krytie z úrazového poistenia až do dňa stanoveného v poisťnej zmluve ako začiatok poistenia. Deň poukázania prvého poisťného je taký deň, v ktorom bol daný príkaz na úhradu poisťného v niektorom peňažnom ústave alebo kedy bola suma poisťného poukázaná poštovou poukážkou prostredníctvom poštového podniku.

Poisťovateľ neposkytne poisťné plnenie a ani neposkytne akékoľvek iné plnenie poistenému, pokiaľ by bol poisťovateľ vystavený hrozbe pokút, sankcií, obmedzení alebo zákazov, ktoré vyplývajú z:

- obchodných alebo ekonomických sankcií Európskej únie,
- práva alebo platných predpisov Európskej únie,
- rozhodnutí Organizácie spojených národov,
- platných právnych predpisov Slovenskej republiky.

Poisťovateľ môže zadržať poisťné plnenie a akékoľvek iné plnenie poistenému, pokiaľ je poistený vedený v sankčných zoznamoch v USA. Po dobu zadržania poisťného plnenia alebo akéhokoľvek iného plnenia poisťovateľ nie je v omeškaní s platením.

**PODMIENKY POSKYTNUTIA BENEFITU ZA BEZŠKODOVÝ PRIEBEH**

- Poisťník má nárok na vrátenie 10% zo zaplateného poisťného, po uplynutí poisťnej doby (ďalej aj „benefit“), ak sú súčasne splnené tieto podmienky: a) poisťná zmluva je uzavretá na poisťnú dobu 10 rokov a viac, b) poisťná zmluva je platná do konca poisťnej doby, ktorá je dohodnutá v poisťnej zmluve, c) poisťná zmluva zanikne ku koncu poisťnej doby bez nedoplatku na poisťnom, d) poisťovateľ neposkytne žiadne poisťné plnenie z tejto poisťnej zmluvy.
- Zmluvné strany sa dohodli, že v prípade, ak bude poisťníkovi vyplatený benefit a poisťovateľovi vznikne povinnosť plniť z tejto poisťnej zmluvy, poisťovateľ má právo započítaním znížiť poisťné plnenie o výšku benefitu. V prípade, ak bude poisťné plnenie nižšie ako výška benefitu, má poisťník povinnosť doplatiť poisťovateľovi vzniknutý rozdiel v lehote do 15 dní od doručenia výzvy poisťovateľa.

#### PODMIENKY POSKYTNUTIA ZĽAVY PRE KLIENTOV UNION ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE, a. s.

1. Poistník má nárok na zľavu na poistnom vo výške 10% z predpísaného poistného, ak sú splnené tieto podmienky: a) aa) poistený v čase uzatvárania poistnej zmluvy bol držiteľom preukazu poistenca Union zdravotnej poisťovne, a.s., IČO: 36284831 (ďalej len „UZP“) alebo v čase uzatvárania poistnej zmluvy mal podpísanú prihlášku poistenca do UZP, ak táto prihláška bola doručená na adresu sídla UZP najneskôr v termíne do 30.9. kalendárneho roka, v ktorom došlo k uzavretiu poistnej zmluvy a zároveň poistený uvedenú prihlášku nezobral späť, alebo ab) ak nie je v poistnej zmluve dohodnuté poistenie pre poisteného, aspoň jedno poistené dieťa v čase uzatvárania poistnej zmluvy bolo držiteľom preukazu poistenca UZP alebo v čase uzatvárania poistnej zmluvy malo podpísanú prihlášku poistenca do UZP, ak táto prihláška bola doručená na adresu sídla UZP najneskôr v termíne do 30.9. kalendárneho roka, v ktorom došlo k uzavretiu poistnej zmluvy a zároveň uvedená prihláška nebola zobrazená späť a súčasne b) poistník alebo poistený (zákonný zástupca poisteného dieťaťa) predložil pri podpise tejto poistnej zmluvy preukaz poistenca UZP na meno poisteného (alebo poisteného dieťaťa) alebo vyplnenú a oprávnenými osobami podpísanú prihlášku poistenca do UZP na meno poisteného (alebo poisteného dieťaťa).
2. Zmluvné strany sa dohodli, že poistník nemá nárok na zľavu na poistnom a vráti poisťovateľovi sumu vo výške poskytnutej zľavy, ak a) prihláška poistenca do UZP nebola doručená na adresu sídla UZP do 30.9. kalendárneho roka, v ktorom došlo k uzavretiu poistnej zmluvy, alebo b) prihláška poistenca nebola potvrdená UZP v zmysle zákona č. 580/2004 Z.z. v znení neskorších zmien a doplnkov.
3. Nárok poistníka na zľavu na poistnom zaniká dňom, v ktorom bol ukončený poistný vzťah poistenej osoby s UZP, a poistník je povinný platiť poistné v plnej výške (bez zľavy) od najbližšieho poistného obdobia po zániku tohto vzťahu.

#### VYHLÁSENIE A SPLNOMOCNENIE POISTENÉHO A ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU POISTENÝCH DETÍ

Týmto vyhlasujem, že som riadne porozumel/a všetkým otázkam týkajúcim sa môjho zdravotného stavu a zdravotného stavu poistených detí, a že všetky moje odpovede na tieto otázky sú pravdivé a úplné a neboli zatajené alebo vynechané žiadne závažné okolnosti alebo informácie. Som si vedomý možných dôsledkov v prípade zamlčania závažných okolností alebo nesprávnych informácií o mojom zdravotnom stave a o zdravotnom stave poistených detí (odstúpenie od zmluvy, odmietnutie alebo zníženie poistného plnenia). Všetkým otázkam som riadne porozumel a zodpovedal ich pravdivo a úplne.

Splnomocňujem poisťovateľom oslovených lekárov a zdravotníckeho zariadenia na poskytnutie lekárskeho správy, výpisov zo zdravotnej dokumentácie alebo na ich zapožičanie, čím ich zároveň zbavujem povinnosti mlčanlivosti voči poisťovateľovi. Pre účely posúdenia poistných rizík trvalé následky úrazu, trvalé následky úrazu s progresiou 450 a maximálna ochrana a pre účely likvidácie poistnej udalosti spojenej s týmito rizikami 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 a zákonného zástupcu poistených detí na tejto poistnej zmluve považujú zmluvné strany za podpisový vzor.

V Bratislave, 24.1.2022

miesto a dátum vyplnenia dotazníka

podpis poisteného/

podpis zákonného zástupcu

Ignác Hodossy

meno a priezvisko sprostredkovateľa/

adresa sprostredkovateľa

#### 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.

áno, súhlasím  nie, nesúhlasím

V Bratislave 24.1.2022

miesto a dátum

podpis poistníka

## VYHLÁSENIE POISTNÍKA

Týmto vyhlasujem, že všetky mnou vyššie uvedené údaje sú pravdivé a úplné. Potvrdzujem, že mi boli oznámené a odovzdané VPP UI platné v deň, ktorý je ako začiatok poistenia uvedený v 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/á, 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.

Svojim podpisom potvrdzujem, že mi bol pred uzavretím poistnej zmluvy odovzdaný Informačný dokument o poistnom produkte pre produkt Union Istota - úrazové poistenie spolu s dokumentom Základné informácie o ochrane osobných údajov pre dotknutú osobu a dokumentom Informačný formulár o jednotlivých zložkách poistného.

**V Bratislave, 25.1.2022**

\_\_\_\_\_

miesto a dátum uzavretia poistnej zmluvy

\_\_\_\_\_

podpis poistníka

\_\_\_\_\_

za Union poisťovňu, a.s.

**Ignác Hodossy**

\_\_\_\_\_

meno a priezvisko sprostredkovateľa/

\_\_\_\_\_

adresa sprostredkovateľa