

**POISŤNÁ 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. POISŤNÍK					
Meno a priezvisko (názov firmy)	Obec Hradište Pod Vrátnom	Titul	Rodné číslo / IČO	00309559	
Trvalé bydlisko - ulica, číslo	Hradište 80	Obec	Hradište Pod Vrátnom	PSČ	90612
Telefón	0908792498	E-mail	pirohalukas@hradistepodvratnom.sk		
Bankové spojenie - peňažný ústav	Prima Banka	Číslo účtu / kód banky	SK095600000004638101001		

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	PSČ			
Telefón	E-mail				

údaj nie je povinné vyplniť

3. ČINNOSŤ POISTENÉHO					
Zamestnanie - pracovná činnosť poisteného	Uchádzač o zamestnanie	Záujmová činnosť / pravidelná športová činnosť poisteného	verejnoprostešné		

4. POISŤNÁ DOBA	Začiatok poistenia	04.07.2019	Koniec poistenia	31.12.2019	5. RIZIKOVÁ SKUPINA (Číslo sadzby)	A
------------------------	--------------------	------------	------------------	------------	--	---

5. POISŤNÉ KRYTIE					
	Poistné sumy	EUR	Poistné	EUR	
<input checked="" type="checkbox"/> Smrť v dôsledku úrazu	3000,00	EUR	3,45	EUR	
<input checked="" type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu (minimálne poistné plnenie je 0,5 % z dojednanej poisťnej sumy)	3000,00	EUR	4,05	EUR	
<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu a bolestné (minimálne poistné plnenie je 0,5 % z dojednanej poisťnej sumy)		EUR		EUR	
<input type="checkbox"/> Denné odškodné pri hospitalizácii po úraze		EUR		EUR	
	POISŤNÉ 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. POISŤNÉ	Jednorazové poistné vo výške	7,50	EUR	bolo zaplatené dňa	04.07.2019
-------------------	------------------------------	------	-----	--------------------	------------

 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 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 činnosti pre Obec Hradište Pod Vrátnom
-------------------------------	--

10. SPROSTREDKOVATEĽ	Meno a priezvisko (názov)	Jana	Adresa	Skalová
-----------------------------	---------------------------	------	--------	---------

DOTAZNÍK O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO	
1. Liečíte sa v súčasnosti na nejaké ochorenie, prípadne vyšetrujú Váš zdravotný stav alebo ste pod lekársym dozorom?	áno <input type="checkbox"/> nie <input checked="" type="checkbox"/> Ak áno, z akého dôvodu, ako dlho:

DOTAZNÍK O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO (pokračovanie)

2. Trpeli ste alebo trpíte chorobami alebo ťažkosťami:

- | | | | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------|
| áno | nie | | áno | nie | |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | nervového systému | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | epilepsiou |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | srdcovo - cievneho systému | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | pohybového ústrojenstva |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | krvi alebo imunitného systému | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | psychickými |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | vrodenými chybami | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | poruchami zraku, sluchu |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | látkovej výmeny alebo žliaz s vnútorným vylučovaním | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | inými |

Ak áno, uveďte kedy a aká diagnóza bola zistená:

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

3. Ste HIV pozitívny?	áno <input type="checkbox"/>	nie <input checked="" type="checkbox"/>	Ste viac ako 3 mesiace práceneschopný?	áno <input type="checkbox"/>	nie <input checked="" type="checkbox"/>
Ste odkázaný na opateru inej osoby?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ste závislý na alkohole alebo drogách?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4 A. Je alebo Vám niekedy bola priznaná invalidita alebo čiastočná invalidita?	áno <input type="checkbox"/>	nie <input checked="" type="checkbox"/>	4 B. Ovplynňuje alebo niekedy v minulosti ovplynňoval Váš zdravotný stav Vašu schopnosť vykonávať zárobkovú činnosť?	Ak áno, uveďte z akého dôvodu, kedy a ako:	
5. Uveďte meno a adresu Vášho ošetrojúceho lekára, ktorý najlepšie pozná Váš zdravotný stav:	MUDr. Pavol Tibenský				
6. Utrpeli ste niekedy v minulosti úraz, ktorý zanechal nejaké trvalé následky?	áno <input type="checkbox"/>	nie <input checked="" type="checkbox"/>	7. Ste pri výkone pracovnej alebo mimopracovnej činnosti vystavený zvláštnemu nebezpečenstvu?	Ak áno, akému? Prichádzate do styku so zdraviu škodlivými alebo výbušnými látkami?	
8. Aký druh športu vykonávate a na akej úrovni (rekreačne alebo ste registrovaný v oddieli či klube)? Zúčastňujete sa súťaži?	áno <input type="checkbox"/>	nie <input checked="" type="checkbox"/>	9. Ste profesionálny športovec?	áno <input type="checkbox"/>	
10. Ste pravák alebo ľavák?	pravák				

Prehlásenie poisteného o iných poisteniach

Máte už uzavreté úrazové poistenie?	áno <input type="checkbox"/>	nie <input checked="" type="checkbox"/>	11. Ak áno, aké druhy rizík a poistné sumy máte dojednané? Uveďte názov a adresu poisťovne.
Odmietla Vás niektorá poisťovňa poistiť alebo Vás poistila za zmenených podmienok (napr. so zvýšeným poistným, s výlukami z poistenia a pod.)?	áno <input type="checkbox"/>	nie <input checked="" type="checkbox"/>	12. Ktorá a kedy?

Poistná zmluva je uzavretá okamihom, keď je podpísaná oboma zmluvnými stranami.

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 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.

ZÁKLADNÉ INFORMÁCIE O OCHRANE OSOBNÝCH ÚDAJOV PRE DOTKNUTÚ OSOBU

- Prevádzkovateľom je Union poisťovňa, a.s., Karadžičova 10, 813 60 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 31322051, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, odd. Sa, vl.č. 383/B (ďalej len „poisťovateľ“). Sprostredkovateľom je osoba uvedená v poisťnej zmluve ako sprostredkovateľ.
- Zodpovednou osobou poisťovateľa je riaditeľ úseku právneho a compliance, adresa na doručovanie písomností je totožná s adresou sídla poisťovateľa, elektronická adresa je: dataprotection@union.sk.

ZÁKLADNÉ INFORMÁCIE O OCHRANE OSOBNÝCH ÚDAJOV PRE DOTKNUTÚ OSOBU (pokračovanie)

3. Účelom a právnym základom spracúvania osobných údajov je vykonávanie poisťovacej a zaisťovacej činnosti podľa zákona č. 39/2015 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o poisťovníctve“). Poskytnutie osobných údajov, pri ktorých nie je vyznačená ich nepovinnosť, je potrebné pre uzavretie poisťnej zmluvy a v prípade ich neposkytnutia nie je možné poisťnú zmluvu uzavrieť. Právnym základom spracúvania sú aj iné právne predpisy, napr. zák. č. 297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony, pričom v zmysle uvedeného zákona je prevádzkovateľ povinný spracúvať osobné údaje v rozsahu podľa uvedeného zákona na účely predchádzania a odhaľovania legalizácie príjmov z trestnej činnosti a financovania terorizmu.
4. Dotknutými osobami sú najmä: poistený, poistník, osoba oprávnená na prijatie poistného plnenia v prípade smrti poistenej osoby, poškodený.
5. Zoznam spracúvaných osobných údajov bez súhlasu dotknutej osoby je v rozsahu podľa § 78 zákona o poisťovníctve: meno, priezvisko, trvalý pobyt, prechodný pobyt, rodné číslo, dátum narodenia, štátna príslušnosť, druh a číslo dokladu totožnosti, kontaktné telefónne číslo, faxové číslo a adresa elektronickej pošty a osobné údaje z dokladu totožnosti. V prípade, ak sa spracúvajú ďalšie osobné údaje napríklad údaje týkajúce sa zdravia, tieto sú spracúvané v rozsahu nevyhnutnom na posúdenie rizika pri uzavretí poisťnej zmluvy a na zistenie rozsahu povinností poskytnúť poistné plnenie.
6. **Prijemcovia osobných údajov**
Osobné údaje môžu byť poskytnuté najmä:
- spoločnostiam, ktoré zabezpečujú služby súvisiace s korešpondenciou medzi poisťovateľom a dotknutými osobami: Direct Marketing a.s., IČO: 31377793, Tatra Billing, s.r.o., IČO: 35810572, Itella Information s.r.o, IČO: 44352557, Zelená pošta s.r.o., IČO: 49529233,
 - spoločnostiam zabezpečujúcim služby v oblasti informačných technológií,
 - spoločnostiam, ktoré konajú za a v prospech poisťovateľa v súvislosti s uplatňovaním práv vo vzťahu k poistníkovi vyplývajúcich z poisťnej zmluvy,
 - spoločnosti, ktorá zabezpečuje digitalizáciu dokumentov poisťovateľa: NUPSESO, a.s., IČO: 36525791,
 - spoločnosti vykonávajúcej činnosť archívneho strediska a správy registratúry: IRON MOUNTAIN SLOVAKIA, s.r.o., IČO: 36232734,
 - spoločnosti, ktorá vyhodnocuje prieskum spokojnosti so službami poisťovateľa: Metrixlab Nederland B.V. Rotterdam, Holandsko, IČO:
 - externému auditorovi poisťovateľa: PricewaterhouseCoopers Slovensko, s.r.o., IČO: 35739347,
 - zaisťovacím spoločnostiam.
- V priebehu trvania poisťnej zmluvy môže dôjsť k zmene spoločností uvedených vyššie, pričom aktuálny zoznam týchto spoločností a oznámenie o zmenách sú uvedené na webovom sídle www.union.sk, časť „Ochrana osobných údajov“.
7. Doba uchovávania osobných údajov:
Poisťovateľ bude uchovávať poskytnuté osobné údaje počas trvania poistenia a po zániku poistenia do uplynutia premlčacej doby na uplatnenie práv z poisťnej zmluvy, najmenej však 15 rokov od skončenia zmluvného vzťahu s dotknutou osobou.
8. **Práva dotknutej osoby:**
Dotknutá osoba má právo na základe písomnej žiadosti vyžadovať od poisťovateľa:
- 8.1. Právo získať potvrdenie o tom, či sa spracúvajú osobné údaje, ktoré sa jej týkajú, a ak tomu tak je, má právo získať prístup k týmto osobným údajom spolu s informáciami uvedenými v tomto poučení.
 - 8.2. Právo na to, aby poisťovateľ opravil jej nesprávne osobné údaje a aby doplnil jej neúplné osobné údaje.
 - 8.3. Právo na vymazanie (zabudnutie) jej osobných údajov, ak tieto už nie sú potrebné na účely, na ktoré sa získavali alebo inak spracúvali.
 - 8.4. Právo na to, aby Poisťovateľ obmedzil spracúvanie jej osobných údajov, ak:
 - dotknutá osoba napadne správnosť osobných údajov, a to počas obdobia overovania ich správnosti,
 - spracúvanie je protizákonné a dotknutá osoba namieta proti vymazaniu osobných údajov a žiada namiesto toho obmedzenie ich použitia,
 - poisťovateľ nepotrebuje osobné údaje na účely spracúvania, ale potrebuje ich dotknutá osoba na preukázanie, uplatňovanie alebo
 - 8.5. Právo získať osobné údaje, ktoré sa jej týkajú a ktoré poskytla poisťovateľovi, a tiež právo preniesť tieto údaje ďalšiemu
 - 8.6. Právo namietať proti spracúvaniu jej osobných údajov u poisťovateľa.
 - 8.7. Právo podať sťažnosť na Úrade pre ochranu osobných údajov, ak sa domnieva, že spracúvanie osobných údajov zo strany poisťovateľa, ktoré sa jej týka, je v rozpore s právnymi predpismi na ochranu osobných údajov.
 - 8.8. Právo u Poisťovateľa namietať a nepodrobiť sa jeho rozhodnutiu, ktoré by malo pre ňu právne účinky alebo významný dosah, ak sa takéto rozhodnutie vydá výlučne na základe úkonov automatizovaného spracúvania osobných údajov. Dotknutá osoba má právo žiadať Poisťovateľa o preskúmanie vydaného rozhodnutia metódou odlišnou od automatizovanej formy spracúvania, pričom Poisťovateľ je povinný žiadosti vyhovieť a to tak, že rozhodujúcu úlohu pri preskúmaní rozhodnutia budú mať zamestnanci poisťovateľa. O spôsobe preskúmania a výsledku zistenia poisťovateľ informuje dotknutú osobu v lehote do 30 dní od prijatia žiadosti.
 - 8.9. Právo požiadať o preukázanie totožnosti osoby poverenej získavaním osobných údajov.
 - 8.10. Ak osobné údaje neboli získané od dotknutej osoby, dotknutá osoba má právo získať informáciu z akého zdroja pochádzajú jej osobné údaje, prípadne informácie o tom, či údaje pochádzajú z verejne prístupných zdrojov.
- Ak dotknutá osoba nemá spôsobilosť na právne úkony v plnom rozsahu jej práva môže uplatniť zákonný zástupca.
Ak dotknutá osoba nežije, jej práva, ktoré mala podľa právnych predpisov v oblasti ochrany osobných údajov, môže uplatniť osoba blízka.
Dotknutá osoba môže uplatniť svoje právo:
- a) písomne na adrese sídla poisťovateľa alebo na elektronickej adrese dataprotection@union.sk,
 - b) osobne ústnou formou do zápisnice, z ktorej musí byť zrejmé, kto právo uplatnil, čoho sa domáha a kedy a kto vyhotovil zápisnicu, jeho podpis a podpis dotknutej osoby; kópiu zápisnice je poisťovateľ povinný odovzdať dotknutej osobe,
 - c) u sprostredkovateľa podľa písmena a) alebo písmena b), pričom je ten povinný túto žiadosť alebo zápisnicu odovzdať poisťovateľovi bez zbytočného odkladu.

ZÁKLADNÉ INFORMÁCIE O OCHRANE OSOBNÝCH ÚDAJOV PRE DOTKNUTÚ OSOBU (pokračovanie)

9. Poistovateľ používa automatizované nástroje na spracovanie osobných údajov dotknutých osôb za účelom vyhodnotenia ich určitých osobných aspektov (profilovanie). Profilovanie je akákoľvek forma automatizovaného spracúvania osobných údajov, ktoré pozostáva z použitia týchto osobných údajov na vyhodnotenie určitých osobných aspektov týkajúcich sa fyzickej osoby, predovšetkým analýzy alebo predvídania aspektov dotknutej fyzickej osoby súvisiacich s jej majetkovými pomermi, zdravím, osobnými preferenciami, záujmami, spoľahlivosťou, správaním, polohou alebo pohybom. Osobné údaje dotknutej osoby sa takto spracúvajú najmä na účely analýzy poistného rizika alebo identifikovanie potenciálnych poistných podvodov, či na účely ochrany pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a financovaním terorizmu.
10. Osobné údaje nebudú zverejnené.
11. Prenos osobných údajov
Poistovateľ predpokladá, že uskutoční prenos osobných údajov vyššie uvedeným príjemcom osobných údajov do krajín Európskej únie, krajín, ktoré sú zmluvnou stranou Dohody o Európskom hospodárskom priestore a Švajčiarska (osobám uvedeným v bode 6 týchto informácií). Do tretich krajín uskutoční Poistovateľ prenos osobných údajov iba ak Európska komisia rozhodla, že tieto krajiny zaručujú primeranú úroveň ochrany alebo ak neexistuje také rozhodnutie, tak iba vtedy, ak prevádzkovateľ alebo sprostredkovateľ poskytol primerané záruky a dotknutá osoba má k dispozícii vymožitelné práva a účinné právne prostriedky nápravy.

VYHLÁSENIE POISTENÉHO

Týmto vyhlasujem, že všetky mnou vyššie uvedené skutočnosti sú pravdivé a úplné a neboli zatažené 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). Súhlasím s tým, aby poistovateľovi boli poskytnuté informácie o mojom zdravotnom stave na účel vymedzený v Základných informáciách o ochrane osobných údajov pre dotknutú osobu.

Splnomocňujem poistovateľom oslovených lekárov a zdravotnícke zariadenia na poskytnutie lekárskeho správ, výpisov zo zdravotnej dokumentácie alebo na ich zapožičanie, čím ich zároveň zbavujem povinnosti mlčanlivosti voči poistovateľovi.

Pre účely posúdenia poistného rizika a účely likvidácie poistnej udalosti úrazového poistenia spojenej so vznikom invalidity splnomocňujem poistovateľa 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 dotazníka vyhlásení.....
podpis poisteného**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 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 poistovateľ 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 svojim podpisom potvrdzuje, že mu bol pred uzavretím poistnej zmluvy odovzdaný Informačný n produkte pre
Krátkodobé úrazové poistenie.

4.7.2019

.....
dátum uzavretia poistnej zmluvy.....
podpis poistníka.....
isťovňa, a.s......
číslo ziskateľskej nadzmluvy:.....
číslo ziskateľa:**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)

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.

SEWICA, 4.7.2019

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

Úrazové poistenie individuálne (101) - KRÁTKODOBÉ JEDNORAZOVÉ (Aktivačná Abs. prax, Reštart,...)

	POISTENÝ
Aký typ činnosti vykonáva poistený?	iný typ činnosti
Zadajte názov spoločnosti / inštitúcie / zamestnávateľa, pre ktorého bude poistená osoba vykonávať danú činnosť:	Obec Hradište Pod Vrátnom
Doba poistenia v mesiacoch*:	6
Riziková skupina (číslo sadzby)	A
	Poistné sumy
Smrť následkom úrazu	3 000 €
Trvalé následky úrazu	3 000 €
Trvalé následky úrazu a bolestné	0 €
Denné odškodné (úrazová hospitalizácia)	0 €
	Ročné poistné

*počet mesiacov sa určuje podľa počtu mesiacov, do ktorých poistenie zasahuje (príklad: od 1.1.2019 do 1.12.2019 je spolu 12 mesiacov)

CELKOVÉ POISTNÉ ZA OBDOBIE: 6 mesiacov

7,50 €

Ohraničenia	
vstupný vek	minimálne 6 týždňov maximálne 70 rokov
poistná doba	min. 1 deň (v prípade PD od 1 až 30 dní je poistné rovnajúce sa 1 mes.) max. - 364 dní (12 mes.)
poistná suma pre prípad smrti v dôsledku úrazu	minimálne 2.000 EUR maximálne 7.000 EUR
poistná suma pre prípad trvalé následky úrazu	minimálne 2.000 EUR

	maximálne 7.000 EUR
poistná suma pre prípad trvalé následky úrazu a bolestné	minimálne 2.000 EUR
	maximálne 7.000 EUR
denné odškodné v prípade hospitalizácie následkom úrazu	minimálne 2 EUR
	maximálne 8 EUR

činnosť,

verzia platná od 01.01.2019

O.K.