



<b>POISTNÉ SPOLU</b>	<b>25,90 EUR</b>
----------------------	------------------

Dolupodpísaní účastníci poistnej zmluvy sa dohodli na poskytnutí zľavy na poistnom vo výške 50 % pre Individuálne komplexné cestovné poistenie za nižšie uvedených podmienok.

Meno a priezvisko poisteného	Poistné bez zľavy	Výška zľavy	Poistné po zľave
	1,40 EUR	0,70 EUR	0,70 EUR

1. Pre uplatnenie zľavy platia nasledovné podmienky:

a) Poistený v čase uzavretia poistnej zmluvy:

- je držiteľom platného preukazu poistenca Union zdravotná poisťovňa, a.s. (ďalej len „UZP“) alebo

- podpísal a odovzdal prihlášku na zmenu zdravotnej poisťovne v prospech UZP (ďalej len „prihláška“). najneskôr v termíne do 30.09. príslušného kalendárneho roka a zároveň uvedenú prihlášku nezobral späť. Príslušným kalendárnym rokom sa rozumie kalendárny rok, v ktorom bola doručená prihláška podľa predchádzajúcej vety a v tomto roku si poistený súčasne uplatňuje zľavu.

b) Zároveň je poisťník alebo poistený povinný pri podpise tejto poistnej zmluvy predložiť preukaz poistenca UZP na meno poisteného alebo vyplnenú a oprávnenými osobami podpísanú prihlášku na meno poisteného, ktorá bola odovzdaná UZP.

2. Zmluvné strany sa dohodli, že poisťník vráti poisťovateľovi sumu vo výške poskytnutej zľavy, ak:

a) prihláška uvedená v bode 1, písm. b) tejto časti poistnej zmluvy nebola potvrdená UZP a poistenému nevznikol poistný vzťah v UZP v zmysle zákona č. 580/2004 Z.z. v platnom znení, alebo

b) prihláška poistenca uvedená v bode 1, písm. b) tejto prílohy bola späťvzatá.

Poisťník je povinný vrátiť poisťovateľovi sumu vo výške poskytnutej zľavy na základe výzvy poisťovateľa. Povinnosť vrátiť sumu rovnajúcu sa poskytnutej zľave trvá aj po skončení poistenia podľa poistnej zmluvy.

Zmluvné strany sa dohodli, že pre doručovanie výzvy platí, že povinnosť jej doručenia je splnená dňom, keď ju adresát prevezme, odmietne prevziať alebo dňom, keď ju pošta vrátila odosielajúcej strane ako nedoručenú. Výzva sa doručuje na adresu uvedenú v poistnej zmluve.

3. Zľava sa poskytuje po dobu platnosti poistnej zmluvy.

Poisťník je povinný po uplynutí poistného obdobia, v ktorom sa ukončil poistný vzťah poisteného s UZP, platiť poistné (ak bolo dohodnuté platenie poistného naraz) prípadne jeho splátky (ak bolo dohodnuté platenie poistného v splátkach) v plnej výške.

4. Vyhlásenie poisťníka/ poisteného:

Podľa § 11 zákona o ochrane osobných údajov č. 122/2013 Z.z. týmto dávam súhlas poisťovateľovi na spracovanie mojich osobných údajov v rozsahu údajov uvedených na Prihláške na verejné zdravotné poistenie na účel poskytnutia zľavy na poistnom. Súhlas je daný na dobu neurčitú a je možné ho kedykoľvek písomne odvolať. Odvolanie nemá spätné účinky. Súčasne splnomocňujem poisťovateľa na overenie podania prihlášky poisteného na zmenu zdravotnej poisťovne v prospech UZP, jej späťvzatia, ako aj na overenie vzniku a trvania poistného vzťahu v UZP.

Poistné je jednorazové, splatné naraz dňom uzavretia tejto poistnej zmluvy. Súčasťou tejto poistnej zmluvy je brožúra s názvom „Individuálne komplexné cestovné poistenie“. Brožúra obsahuje na str. 1 prílohu k poistnej zmluve s názvom „Rozsah poistenia a výška poistného krytia pre individuálne komplexné cestovné poistenie“, v ktorej je uvedený obsah jednotlivých poistení a poistné sumy, Všeobecné poistné podmienky individuálneho komplexného cestovného poistenia VPPKCP/0114, ktorými sa poistenie riadi a vyhlásenia poistníka a poisteného. Poistník svojím podpisom potvrdzuje, že sa s jej obsahom oboznámil a súhlasí s ním a potvrdzuje pravdivosť svojich vyhlásení v nej uvedených. Poistník svojím podpisom potvrdzuje, že mu bol pred uzavretím poistnej zmluvy odovzdaný formulár o dôležitých zmluvných podmienkach uzatvárajúcej poistnej zmluvy.

Spôsob platby / č. IB: Prevodný príkaz

GR- zákaznicke centrum, dňa 13.05.2014, 10:16, Získateľ: Poláková Tamara

.....  
podpis poistníka

.....  
reguláciu elektronických komunikácií  
a poštových služieb  
Továrenska 7, P.O. BOX 40  
828 55 Bratislava 24  
21

Union  
Union pr  
Bajkalská 29/A, 813 04 Bratislava  
.....  
podpis a pečiatka poisťovateľa

#### Súhlas s so spracúvaním osobných údajov na účely marketingových aktivít

V zmysle § 11 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov a v zmysle § 3 ods. 7 zákona č. 147/2001 Z.z. o reklame a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov súhlasím:

- so spracúvaním osobných údajov na účely marketingových aktivít, t.j. aby moje osobné údaje uvedené v tabuľke Poistník poistnej zmluvy vyššie (okrem rodného čísla) boli spracúvané Union poisťovňou, a.s. na účely marketingových aktivít a to najmä ponúkajúce produktov a s nimi súvisiacich služieb, zisťovanie názorov na spokojnosť s poskytovanými službami realizovaných Union poisťovňou, a.s. alebo jej zmluvnými partnermi. Súčasne súhlasím s použitím svojho 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 10 rokov po ukončení platnosti poistného vzťahu.

v prípade nesúhlasu označte

- s poskytnutím osobných údajov spoločnosti Union zdravotná poisťovňa, a.s., t.j. aby moje osobné údaje v rozsahu meno, priezvisko, titul adresa trvalého pobytu, dátum narodenia, kontaktné číslo (telefónne číslo, faxové číslo, e-mailová adresa) boli poskytnuté spoločnosti Union zdravotná poisťovňa, a.s. so sídlom Bajkalská ul. 29/A, 821 08 Bratislava pre marketingové účely. Súčasne súhlasím so zasielaním marketingových správ formou elektronickej pošty alebo formou služieb krátkych správ. Súhlas je poskytnutý do konca kalendárneho roka po ukončení platnosti tejto poistnej zmluvy.

v prípade nesúhlasu označte

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

GR- zákaznicke centrum, dňa 13.05.2014, 10:16

.....  
podpis poistníka