

IKCP 0113

0022039667

POISTENÝ/I: Meno a priezvisko	Dátum narodenia	Preukaz č. **	Riziková skupina	Typ zľavy
<input type="checkbox"/> 1. ING. LUBOŠ BERKA			TURISTA	
<input type="checkbox"/> 2.				
<input type="checkbox"/> 3.				
<input type="checkbox"/> 4.				
<input type="checkbox"/> 5.				

* Ak je niektorá z poistených osôb zároveň poistníkom (platiteľom poistného), označte riadok, v ktorom sú uvedené jej osobné údaje, krížikom (x).

** preukaz poistenca zdravotnej poisťovne / EURO<26, GO<26, ISIC, ITIC / člena OZPPaP.

POISTNÍK - osoba, ktorá uzavierá (podpisuje) poistnú zmluvu a platí poistné.

Meno a priezvisko/Názov	Adresa trvalého bydliska/Adresa sídla	Rodné číslo/IČO	Telefónne číslo	E-mailová adresa
VPŠVAR PREŠOV	SLOVENSKÁ 24, OROZŤA PREŠOV			lukas.ljko@ vpsvr.gov.sk

Korešpondenčná adresa (adresa, na ktorú sa doručujú písomnosti)

Platnosť poistenia od 02.06.2014 do 03.06.2014 na 2 deň/dni

Na uvedené osoby sa vzťahuje poistenie	Poistná suma	Krajina pobytu
<input checked="" type="checkbox"/> poistenie liečebných nákladov v zahraničí a asistenčné služby v zahraničí	uvedená v prílohe k poistnej zmluve typu 701/702 ***	ČESKO
<input type="checkbox"/> poistenie všeobecnej zodpovednosti za škodu		Územná platnosť poistenia
<input type="checkbox"/> úrazové poistenie		ČESKA REPUBLIKA
<input type="checkbox"/> poistenie nákladov na technickú pomoc v prípade záchranej akcie v horách v zahraničí		Typ zľavy
<input type="checkbox"/> poistenie nákladov na zásah Horskej záchranej služby		POISTNÉ SPOLU
<input type="checkbox"/> poistenie batožiny EUR poistná suma za 1 vec, spoluúčast a sublimity sú uvedené v prílohe k poistnej zmluve typu 701/702 ***	1,40 EUR

*** príloha k poistnej zmluve typu 701/702 je uvedená na str. 1 brožúry s názvom „Individuálne komplexné cestovné poistenie“ cestovného poistenia VPKIKCP/0113, 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.

V zmysle ustanovení o ochrane osobných údajov uvedených na rube tejto poistnej zmluvy:
 súhlasím nesúhlasím so spracúvaním osobných údajov na účely marketingových aktivít v rozsahu uvedenom na rube tejto poistnej zmluvy pod písm. A
 súhlasím nesúhlasím s poskytnutím osobných údajov spoločnosti Union zdravotná poisťovňa, a.s. na marketingové účely v rozsahu uvedenom na rube tejto poistnej zmluvy pod písm. B

v PREŠOVE podpis poistníka
 dňa 27.05.2014 o podpis a pečiatka poisťovateľa alebo jeho zástupcu
 meno a priezvisko podpis poistníka

53-PZT 17

