



Poistka č. 22282279
o individuálnom komplexnom cestovnom poistení

uzatvorenom na diaľku

Poistovateľ: Union poisťovňa, a.s., Bajkalská 29/A, 813 60 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 31322051, DIČ: 2020800353, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, odd. Sa, vl.č. 383/B
 účet pre úhradu poistného: IBAN: SK59 1111 0000 0066 0054 7090, BIC: UNCRSKBX, 6600547090/1111 UniCredit Bank Czech Republic and Slovakia, a.s., pobočka zahraničnej banky, tel.: 0850 111 211 (ďalej len "Poistovateľ")

Poistník (osoba, ktorá podpisuje poistnú zmluvu a platí poistné)

Meno a priezvisko / Názov	Adresa trvalého bydliska/ Adresa sídla	Rodné číslo / IČO	Telefónne číslo	E-mailová adresa
Protimonopolný úrad Slovenskej republiky	Drieňová 24, 82603 Bratislava			

Korešpondenčná adresa (adresa, na ktorú sa doručujú písomnosti)

Meno a priezvisko / Názov	Korešpondenčná adresa
Protimonopolný úrad Slovenskej republiky	Drieňová 24, 82603 Bratislava

Poistený/i

Meno a priezvisko	Dátum narodenia / Rodné číslo	Preukaz č.	Riziková skupina	Typ zľavy
		---	Turista	---

Dátum a čas uzavretia	17.09.2014	10:29:48
Platnosť poistenia	od 13.10.2014	do 14.10.2014 na 2 dni

Poistenie začína nultou hodinou stredo európskeho času dňa označeného ako platnosť poistenia od (začiatok poistenia) a končí 24. hodinou stredo európskeho času dňa označeného ako platnosť poistenia do (koniec poistenia).

Poistná zmluva je uzavretá okamžikom poukázania poistného na účet poisťovateľa, pričom poistník je povinný poistné poukázať najneskôr 5 dní od predloženia návrhu na uzavretie poistnej zmluvy, nie však neskôr ako v deň, ktorý je označený v návrhu poistnej zmluvy ako platnosť poistenia od (posledný deň lehoty na prijatie návrhu). Za deň poukázania poistného sa považuje deň, kedy bolo poistné odpísané z účtu poistníka v prospech účtu poisťovateľa. Ak poistné nebude odpísané z účtu poistníka najneskôr v posledný deň lehoty na prijatie návrhu, poisťovateľ nebude svojím návrhom viazaný a tento zanikne uplynutím lehoty na jeho prijatie.

Územná platnosť poistenia	Európa	Krajina pobytu	Grécko
----------------------------------	--------	-----------------------	--------

POISTNÉ KRYTIE A POISTNÁ SUMA

** príloha k poistnej zmluve typu 701/702 je umiestnená na internetovej stránke Union poisťovne, a.s.

Poistenie	poistenie liečebných nákladov v zahraničí časť B VPPIKCP/0114	Poistná suma	je uvedená v prílohe k poistnej zmluve typu 701/702
	a asistenčné služby v zahraničí časť A, čl. 13 VPPIKCP/0114		

Meno a priezvisko poisteného	Dátum narodenia / Rodné číslo

Poistenie	úrazové poistenie časť E VPPIKCP/0114	Poistná suma	je uvedená v prílohe k poistnej zmluve typu 701/702 ***
------------------	--	---------------------	--

Meno a priezvisko poisteného	Dátum narodenia / Rodné číslo

POISTNÉ SPOLU	3,30 EUR
---------------	----------

Pre poistenie podľa tejto poistnej zmluvy platia Všeobecné poistné podmienky individuálneho komplexného cestovného poistenia VPPIKCP/0114 a príloha k poistnej zmluve typu 701/702 s názvom 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 VPPIKCP/0114 a prílohu k poistnej zmluve typu 701/702 s názvom názvom „Rozsah poistenia a výška poistného krytia pre individuálne komplexné cestovné poistenie“, nájdete na internetovej stránke Union poisťovne, a.s.

<p>Ako postupovať v prípade poistnej udalosti</p> <p>Ak sa v zahraničí dostanete do situácie, v ktorej potrebujete pomoc v zmysle uzavretého poistenia - ošetrovanie, transport a pod., skontaktujte sa s pracovníkmi asistenčnej spoločnosti EuroCross Assistance Czech Republic (zahraničný partner Union poisťovne, a.s.).</p> <p>S pracovníkmi asistenčnej spoločnosti EuroCross Assistance Czech Republic sa môžete kontaktovať 24 hodín denne, 7 dní v týždni. Môžete hovoriť slovensky. Stačí raz zavolať a pracovníkom asistenčnej spoločnosti EuroCross Assistance Czech Republic oznámiť vznik udalosti. Ďalej sa budú s vami kontaktovať pracovníci asistenčnej spoločnosti EuroCross Assistance Czech Republic.</p> <p>Pri oznamovaní vzniku udalosti uveďte pracovníkom asistenčnej spoločnosti EuroCross Assistance Czech Republic:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Vaše meno a priezvisko ■ číslo poistky ■ dobu platnosti poistenia ■ adresu a tel. číslo miesta, na ktorom sa nachádzate a kde je možné Vás zastihnúť ■ stručne popíšte Vašu situáciu (vznik Vašej udalosti)
--

<p>Z celého sveta platné telefónne čísla asistenčnej spoločnosti EuroCross Assistance Czech Republic</p> <p style="text-align: center;">++ 420 2 9633 9644 + 31 71 36 41 212</p> <p>++ je pripojenie do medzinárodnej siete, pre väčšinu európskych krajín je predvoľba 00, pre USA a Kanadu je predvoľba 011</p> <p style="text-align: center;">EuroCross Assistance Czech Republic, Lazarská 13/8, 120 00 Praha 2, Česká republika</p>
<p>Z krajín Anglicko, Francúzsko, Nemecko, Rakúsko, Taliansko, Španielsko, Švajčiarsko, Kanada a USA je možné využiť aj bezplatné telefónne číslo asistenčnej spoločnosti EuroCross Assistance Czech Republic</p> <p style="text-align: center;">++ 800 41 212 212</p> <p>++ je pripojenie do medzinárodnej siete, pre väčšinu európskych krajín je predvoľba 00, pre USA a Kanadu je predvoľba 011</p> <p style="text-align: center;">Pozor! Toto číslo nie je možné použiť ako bezplatné z mobilného telefónu.</p>

Súhlas 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 tejto poistky (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.

áno (súhlasím) **nie (nesúhlasím)**

- 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.

áno (súhlasím) **nie (nesúhlasím)**

Poskytnutie osobných údajov na vyššie uvedené účely nie je povinné. Poistník berie na vedomie, že súhlas je možné kedykoľvek odvolať a že odvolanie nemá spätné účinky.