



Krátkodobé cestovné poistenie

Poistná zmluva číslo:

2401561367

Generali Poistovňa, a. s., Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava, Slovenská republika, IČO 35 709 332, DIČ 2021000487, IČ DPH: SK2021000487, www.generali.sk, zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č.:1325/B (ďalej len poisťovateľ). Spoločnosť patrí do skupiny Generali, ktorá je uvedená v Talianskom zozname skupín poisťovní vedenom IVASS.

Poistník:

Meno a priezvisko / Názov: ŠD KOŠICE Rodné číslo / IČO: 312 99 512 Druh a číslo ID dokladu: _____
 Štátna príslušnosť: SVK E-mail:*

Súhlas poisťníka so zaslaním poistných podmienok elektronicky: Svojim podpisom na tejto poistnej zmluve potvrdzujem, že som sa oboznámil s príslušnými poistnými podmienkami VPP CP 16, OPP CP 16, VPP DOMino 11 v rozsahu v akom sa na dojednané poistenie vzťahujú a súhlasím s ich zaslaním na uvedenú funkčnú e-mailovú adresu: Áno Nie

Súhlas poisťníka so zasielaním písomností elektronicky: Súhlasím so zasielaním písomností elektronicky na uvedenú funkčnú e-mailovú adresu v súlade s príslušnými poistnými podmienkami VPP CP 16 a zároveň potvrdzujem, že som si vedomý toho, že mi poisťovateľ môže zasielať písomnosti elektronicky, s výnimkou písomností, na ktorých prevzatie je potrebný môj podpis alebo pri ktorých z ich povahy vyplýva nevyhnutnosť doručiť ich inak ako prostredníctvom e-mailu: Áno Nie

Adresa trvalého pobytu / sídla:

Ulica: HLAVNÁ 58 Popisné č.: _____ Orientačné č.: 58
 PSČ: 040 01 Obec: KOŠICE

Korešpondenčná adresa (ak je odlišná od adresy trvalého pobytu / sídla)

Ulica: _____ Popisné č.: _____ Orientačné č.: _____
 PSČ: _____ Obec: _____

Poistený:

Rozšírené krytie

Poistník je poistený áno nie Šport Manuálna práca Senior
 Meno a priezvisko: _____ Rodné číslo: _____

Zoznam poistených osôb je uvedený v prílohe

Začiatok a koniec poistenia, územná platnosť poistenia:

Začiatok poistenia: 22.09.2017 Koniec poistenia: 24.09.2017 Územná platnosť: Európa Svet

Základný rozsah poistenia:

Klasik Plus Komfort Komplet Storno

Voliteľné pripoistenia:

Poistenie opustenej domácnosti (miesto poistenia): Adresa opustenej domácnosti: Ulica: _____ Popisné č.: _____
 Orientačné č.: _____ PSČ: _____ Obec: _____
 Poistenie asistencie k vozidlu Evidenčné číslo vozidla: _____

Poistné:

	Počet osôb	Počet dní	Sadzba	Poistné
Základné krytie:	13	x		50,70 EUR
Rozšírené krytie - Šport:		x		
Rozšírené krytie - Manuálna práca:	3	x 3		23,40 EUR
Rozšírené krytie - Senior:		x		
Poistenie Storno:				
			Cena zájazdu za všetky osoby	
			Sadzba	
			Zľava za počet osôb	30 %
			Základné poistné po zľave za počet osôb	51,87 EUR
Opustená domácnosť:			Počet dní	
Asistencia k vozidlu:			Sadzba	
			Poistné za voliteľné pripoistenia	

opustenej domácnosti (miesto poistenia): Orientačné č.: PSČ: Obec:
 Poistenie asistencie k vozidlu Evidenčné číslo vozidla:

Poistné:

	Počet osôb		Počet dní		Sadzba		Poistné	
Základné krytie:	13	x		x		=	50,70	EUR
Rozšírené krytie - Šport:		x		x		=		EUR
Rozšírené krytie - Manuálna práca:	3	x	3	x		=	23,40	EUR
Rozšírené krytie - Senior:		x		x		=		EUR
Poistenie Storno:					Cena zájazdu za všetky osoby	x		EUR
							Zľava za počet osôb	30 %
							Základné poistné po zľave za počet osôb	51,87 EUR

			Počet dní		Sadzba			
Opustená domácnosť:				x		=		EUR
Asistencia k vozidlu:				x		=		EUR
						=	Poistné za voliteľné pripoistenia	EUR
						=	Poistné spolu základné a za voliteľné pripoistenia	51,87 EUR
						=	Obchodná zľava	10 %
						=	Jednorazové poistné celkom	46,68 EUR

Číslo účtu na príjem poistného: 0048134112 / 0200, variabilný symbol je číslo poistnej zmluvy.

Zvláštne dojednania / Poznámka:

Záverečné ustanovenia a vyhlásenia

Pre poistenie uzavreté touto poistnou zmluvou platia Všeobecné poistné podmienky pre cestovné poistenie VPP CP 16 (ďalej len „VPP CP 16“) a Osobitné poistné podmienky pre cestovné poistenie OPP CP 16 (ďalej len „OPP CP 16“), ktoré sú jej neoddeliteľnou súčasťou. Podpisom tejto poistnej zmluvy potvrdzujem, že som sa oboznámil s VPP CP 16 a OPP CP 16, súhlasím s nimi a obdržal som ich vyhotovenie, a že mi boli oznámené informácie podľa § 792a Občianskeho zákonníka. Svojim podpisom potvrdzujem, že všetky osobné údaje ako aj ostatné údaje uvedené v poistnej zmluve sú úplné a pravdivé a že som nezamýšľal žiadnu skutočnosť rozhodujúcu pre uzavretie poistnej zmluvy. Svojim podpisom potvrdzujem, že obsah poistnej zmluvy mi je zrozumiteľný, vyjadruje moju slobodnú a vážnu vôľu, a na znak súhlasu poistnú zmluvu podpisujem. Podpisom tejto poistnej zmluvy potvrdzujem, že boli overené moje identifikačné údaje a totožnosť osobou konajúcou v mene poisťovateľa. Svojim podpisom potvrdzujem, že som uviedol a zodpovedal pravdivo, úplne a podľa svojho najlepšieho vedomia všetky zadané otázky a údaje. V prípade ak som nesúhlasil so zaslaním poistných podmienok elektronicky tak podpisom tejto poistnej zmluvy potvrdzujem, že som pred podpisom poistnej zmluvy obdržal vyhotovenie VPP CP 16, OPP CP 16, VPP DOM 11 ak sa na dojednané poistenie vzťahujú. Ďalej potvrdzujem, že mi pred uzatvorením poistnej zmluvy boli písomne poskytnuté informácie o podmienkach uzavretia poistenia v zmysle Zákona o poisťovníctve v platnom a účinnom znení a že mi finančný agent sprostredkujúci poistenie poskytol informácie v súlade so zákonom č. 186/2009 Z.z. o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve v platnom znení. Svojim podpisom na tejto poistnej zmluve beriem na vedomie, že poisťovateľ je oprávnený spracúvať osobné údaje dotknutých osôb v zmysle Zákona o poisťovníctve v platnom a účinnom znení. Podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov a právach dotknutej osoby sú vo VPP CP 16, s ktorými som sa oboznámil pred podpisom tejto poistnej zmluvy. Zároveň splnomocňujem poisťovateľa, aby v mojom mene nadviazal kontakt so všetkými lekármi a zdravotníckymi zariadeniami, vyžiadal si od nich informácie o mojom zdravotnom stave, ktorých získanie a spracovanie je potrebné pre účely plnenia práv a povinností poisťovateľa vyplývajúcich z tohto právneho vzťahu ako aj z príslušných právnych predpisov. Podpisom poistnej zmluvy udeľujem poisťovateľovi súhlas so spracovaním informácií o mojom zdravotnom stave v rozsahu a na účely podľa predchádzajúcej vety, a to počas doby nevyhnutnej na zabezpečenie všetkých práv a povinností vyplývajúcich z tohto právneho vzťahu. Súčasne vyhlasujem, že som bol poistenými osobami a/alebo osobami oprávnenými k prevzatíu poistného plnenia oprávnený na uvedenie údajov o ich zdravotnom stave, a na udelenie súhlasu na ich spracúvanie, a to po dobu podľa predchádzajúcej vety.

Súhlas so spracúvaním osobných údajov na marketingové účely:

Súhlasím, aby Generali Poisťovňa, a. s. spracúvala moje osobné údaje v rozsahu meno, priezvisko, adresa, dátum narodenia, e-mail a telefónne číslo na účely marketingových činností poisťovateľa, sprostredkovateľov poistenia a spoločností patriacich do skupiny Generali (napr. ponuka produktov, súvisiacich služieb, prieskum spokojnosti klientov, ponuka účasti v súťažiach a anketách), a to počas trvania zmluvného vzťahu s poisťovateľom a po dobu jedného roka po ukončení platnosti všetkých zmluvných vzťahov s poisťovateľom. Beriem na vedomie, že mám právo na blokovanie mojich osobných údajov z dôvodu odvolania tohto súhlasu. Podrobné informácie o právach dotknutej osoby a spracúvaní osobných údajov, s ktorými som bol oboznámený, sú v príslušných poistných podmienkach ako aj na webovej stránke poisťovateľa. ANO NIE

Dátum uzavretia: Čas uzavretia: Miesto uzavretia: Podpis poistníka:

18.09.2017 16:30 KOŠICE

Podpis osoby konajúcej v mene poisťovateľa:

Meno /Názov sprostredkovateľa: Ziskateľské číslo:

Iny Monika RUSINOVÁ MPS

Kód poradcu: Pobočka poradcu: Mail poradcu: Mobil poradcu:
 rvsinova@mps-sk 0907 935156

* Uvedením mobilného telefónneho čísla a e-mailovej adresy nám umožníte v prípade poistnej udalosti urýchliť jej riešenie a vyplatenie poistného plnenia.