

POISTNÁ ZMLUVA

Individuálne komplexné cestovné poistenie

Poisťovateľ: Union poisťovňa, a. s., Karadžičova 10, 813 60 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 31322051, DIČ: 2020800353, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, odd. Sa, vl. č. 383/B, účet č.: 6600547090/1111, IBAN SK59 1111 0000 0066 0054 7090, BIC UNCRSKBX vedený v UniCredit Bank Czech Republic and Slovakia, a.s., pobočka zahraničnej banky

kontaktné údaje
internetová stránka: www.union.sk, telefón: 0850 111 211, e-mail: union@union.sk

Poistník (osoba, ktorá podpisuje poisťnú zmluvu a platí poisťné)

Meno a priezvisko / Názov	Adresa trvalého bydliska/ Adresa sídla	Dátum narodenia/ IČO	Telefónne číslo	E-mailová adresa
Prof. Dr. phil. Emília Hrabovec				

Korešpondenčná adresa (adresa, na ktorú sa doručujú písomnosti)

Meno a priezvisko / Názov	Korešpondenčná adresa
Prof. Dr. phil. Emília Hrabovec	

Poistený/í

Meno a priezvisko	Dátum narodenia	Preukaz č.*	Riziková skupina	Typ zľavy (na osobu)
Emília Hrabovec			nemanuálna práca	

* preukaz poistenca zdravotnej poisťovne / EURO<26, ISIC, ITIC, EYCA / člen OZPPaP

Dátum a čas uzavretia	24.05.2018	13:37:58	
Platnosť poistenia	od 29.05.2018	do 01.06.2018	na 4 dni
Územná platnosť poistenia****	Európa	Krajina pobytu	Taliansko

**** okrem poistenia asistenčných služieb pre motorové vozidlo

POISTNÉ KRYTIE A POISTNÁ SUMA

** príloha k poisťnej zmluve typu 701/702 je uvedená na str. 1 brožúry s názvom „Individuálne komplexné cestovné poistenie“

VPPIKCP/0218 = Všeobecné poisťné podmienky Individuálneho komplexného cestovného poistenia VPPIKCP/0218

Poistenie	poistenie liečebných nákladov v zahraničí časť B VPPIKCP/0218 a asistenčné služby v zahraničí časť A, čl. 13 VPPIKCP/0218	Poistná suma	je uvedená v prílohe k poistnej zmluve typu 701/702 **
------------------	---	---------------------	--

Meno a priezvisko poisteného	Dátum narodenia
Emília Hrabovec	

Poistenie	poistenie batožiny časť C VPPIKCP/0218	Poistná suma	max. 350 EUR / 1 vec spoluúčasť 15 EUR sublimity uvedené v prílohe k poistnej zmluve typu 701/702 **
------------------	--	---------------------	--

Meno a priezvisko poisteného	Poistná suma	Dátum narodenia
Emília Hrabovec	700 EUR	

Poistenie	poistenie všeobecnej zodpovednosti za škodu časť D VPPIKCP/0218	Poistná suma	je uvedená v prílohe k poistnej zmluve typu 701/702 **
------------------	---	---------------------	--

Meno a priezvisko poisteného	Dátum narodenia
Emília Hrabovec	

Poistenie	úrazové poistenie časť E VPPIKCP/0218	Poistná suma	je uvedená v prílohe k poistnej zmluve typu 701/702 **
------------------	---	---------------------	--

Meno a priezvisko poisteného	Dátum narodenia
Emília Hrabovec	

POISTNÉ SPOLU	7,80 EUR
----------------------	-----------------

Druh poistného	jednorazové
Splatnosť poistného	naraz
Dátum splatnosti	29.05.2018
Spôsob platby jednorazového poistného	prevodným príkazom

Zvláštne dojednania

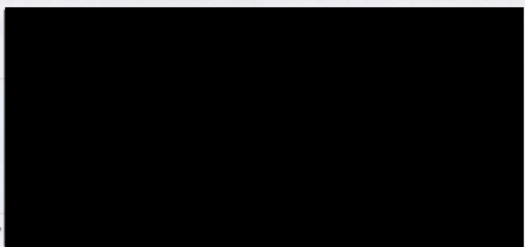
Individuálne komplexné cestovné poistenie sa riadi Všeobecnými poistnými podmienkami individuálneho komplexného cestovného poistenia VPPIKCP/0218 a v prípade poistenia asistenčných služieb pre motorové vozidlo aj Osobitnými dojednaniaми pre poistenie asistenčných služieb pre motorové vozidlo ODPASMV/0218, ktoré sú k dispozícii na kontaktných miestach poisťovateľa, na www.union.sk a na kontaktných miestach sprostredkovateľa.

Poistník svojim podpisom potvrdzuje,

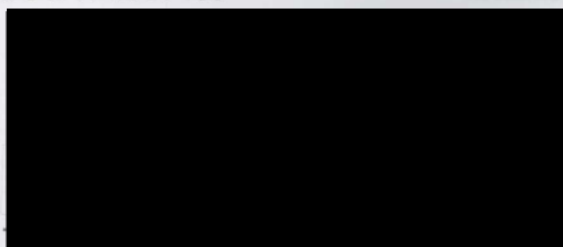
- že všetky ním uvedené údaje sú úplné a pravdivé.
- že mu boli oznámené Všeobecné poistné podmienky individuálneho komplexného cestovného poistenia VPPIKCP/0218 a v prípade poistenia asistenčných služieb pre motorové vozidlo aj Osobitné dojednania pre poistenie asistenčných služieb pre motorové vozidlo ODPASMV/0218.
- že vyššie uvedené poistené osoby mu dali súhlas na poskytnutie ich osobných údajov poisťovateľovi.
- že prevzal brožúru s názvom „Individuálne komplexné cestovné poistenie“, ktorá obsahuje prílohu k poistnej zmluve typu 701/702 s názvom „Rozsah poistenia a výška poistného krytia pre individuálne komplexné cestovné poistenie“, v ktorej je uvedený obsah jednotlivých poistení, poistné krytie a poistné sumy a Základné informácie o ochrane osobných údajov pre dotknutú osobu. Zároveň svojim podpisom potvrdzuje že sa oboznámil s jej obsahom a že s ním súhlasí.
- že mu bol pred uzavretím poistnej zmluvy odovzdaný Informačný dokument o poistnom produkte pre Individuálne komplexné cestovné poistenie.
- že dáva poisťovateľovi súhlas na vyhotovenie zvukových záznamov z telefonických rozhovorov na telefónnych číslach uvedených v Pokynoch pre poistených v brožúre s názvom „Individuálne komplexné cestovné poistenie“, v prípade vzniku poistnej udalosti týkajúcej sa poisteného v zmysle § 12 ods. 1 zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov.
- že tieto vyhlásenia neboli urobené pod nátlakom ani v časovej tiesni alebo za iných nevýhodných podmienok.

Miesto uzatvorenia poistnej zmluvy : F I B, spol. s r.o., Račianska 71, 83102 Bratislava
mandátna zmluva č. / zmluva o obchodnom zastúpení č. : 11-MAN-139

dňa



.....
podpis poistníka



podpis a pečiatka sprostredkovateľa

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 poisťnej zmluvy a na dobu 5 rokov po ukončení platnosti poisťnej 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)

dňa

podpis poistníka

ÚDAJE O DOJEDNÁVATEĽOVI POISTENIA

Obchodný názov/ Meno, Priezvisko:

F I B, spol. s r.o., Michal Kovács

Adresa:

Račianska 71, 83102 Bratislava

IČO:

44076550

Telefón:

E-mail:

Identifikačné číslo:

Mandátna zmluva: