



Krátkodobé cestovné poistenie

Poistná zmluva číslo 2404095864

Poistený:

Meno a priezvisko, titul:	Rodné číslo:	E-mail:	Tel.číslo:	Rozšírené krytie:
				<input type="checkbox"/> Šport <input type="checkbox"/> Manuálna práca <input type="checkbox"/> Senior
				<input type="checkbox"/> Šport <input type="checkbox"/> Manuálna práca <input type="checkbox"/> Senior
		va@gmail.com	918490260	<input type="checkbox"/> Šport <input type="checkbox"/> Manuálna práca <input type="checkbox"/> Senior

Poistník:

Meno a priezvisko, titul / Názov	Rodné číslo/ IČO:	Druh a číslo ID:	Št. príslušnosť:	E-mail:	Tel.číslo:
ÚPSVaR Žilina	37905473				
Adresa trv. pobytu / Sidlo			Korešp. adresa:		
J. M. HURBANA 338/16, ŽILINA 01001					

Začiatok poistenia:	Koniec poistenia:	Počet dní:	Počet poistených osôb:	Územná platnosť poistenia:
18.03.2014	18.03.2014	1	3	Európa

Rozsah poistenia pre každého poisteného v zmysle Osobitných poistných podmienok pre cestovné poistenie OPP-CP 2014:

Základné poistenie: Plus	Poistná suma
maximálna poistná suma pre všetky poistné plnenia podľa časti II, čl.3, písm. a) až l) VPP-CP 2014	200 000 EUR
ambulantné ošetrovanie, predpísané lieky, hospitalizácia, preprava do zdravotníckeho zariadenia, repatriácia poisteného, repatriácia telesných pozostatkov (podľa časti II, čl.3, ods.1, písm.a) až f) VPP-CP 2014	do 100%
ambulantné ošetrovanie zubov (podľa časti II, čl.3, ods.1, písm. g) VPP-CP 2014)	150 EUR na 1 poistnú udalosť (max. 300 EUR za poistné obdobie)
dopravu nepľnoletých poistených detí do miesta ich bydliska a cestu ich opatrovateľa (podľa časti II, čl.3, ods.1, písm.h) VPP-CP 2014)	1 700 EUR
návrat jednej spolupoistenej osoby (podľa časti II, čl.3, ods.1, písm.i) VPP-CP 2014)	100%
doprava a ubytovanie opatrovníka nepľnoletého poisteného (podľa časti II, čl.3, bod 1, ods. j) VPP-CP 2014)	1 400 EUR 120 EUR/hoc, (max. 3 noci)
doprava a ubytovanie príbuzného (návšteva chorého) (podľa časti II, čl.3, ods.1, písm.k) VPP-CP 2014)	1 400 EUR
denné nemocničné dávky (podľa časti II, čl.3, bod 1, ods.l) VPP-CP 2014)	17 EUR / deň
náklady na záchrannú činnosť mimo územia Slovenskej republiky (podľa časti III, čl.4, ods.2 a 3 VPP-CP 2014)	7 000 EUR
škody na zdraví alebo veci (podľa časti VII., čl.1 VPP-CP 2014)	50 000 EUR
trvalé následky úrazu (podľa časti IV, čl.6 VPP-CP 2014)	10000 EUR
smrť úrazom (podľa časti IV, čl.5 VPP-CP 2014)	5000 EUR
nepretržitá pomoc v naliehavých situáciách (podľa časti I. čl.10 VPP-CP 2014)	áno

Poistné:

Základné krytie:	počet osôb: 3	4,71 EUR
Zľava za počet osôb:	20 %	0,94 EUR
Poistné po zľave za počet osôb:		3,77 EUR
Obchodná zľava:	10 %	0,38 EUR
Poistné celkom:	jednorazové poistné	3,39 EUR

Číslo účtu na príjem poistného: 0048134112 / 0200 (IBAN: SK35 0200 0000 0000 4813 4112 BIC/SWIFT kód: SUBASKBX), variabilný symbol je číslo poistnej zmluvy

Záverčné ustanovenia a vyhlásenia

Pre poistenie uzavreté touto poistnou zmluvou platia Všeobecné poistné podmienky pre cestovné poistenie VPP CP 14 (ďalej len „VPP CP 14“) a Osobitné poistné podmienky pre cestovné poistenie OPP CP 14 (ďalej len „OPP CP 14“), ktoré sú jej neoddeliteľnou súčasťou. Podpisom tejto poistnej zmluvy potvrdzujem, že som sa oboznámil s VPP CP 14 a OPP CP 14, súhlasím s nimi a obdržal som ich vyhotovenie, a že mi boli oznámené informácie podľa § 792a Občianskeho zákonníka.

Svojím podpisom potvrdzujem, že všetky osobné údaje ako aj ostatné údaje uvedené v poistnej zmluve sú úplné a pravdivé a že som nezamietal žiadnu skutočnosť rozhodujúcu pre uzavretie poistnej zmluvy.

Svojím 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.

Svojím podpisom potvrdzujem, že som uviedol a zodpovedal pravdivo, úplne a podľa svojho najlepšieho vedomia všetky zadane otázky a údaje. Ďalej potvrdzujem, že mi pred uzavretím poistnej zmluvy boli písomne poskytnuté informácie v zmysle § 37 ods. 3 zákona č. 8/2008 Z.z. o poisťovníctve 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.

Svojím podpisom na tejto poistnej zmluve beriem na vedomie, že poisťovateľ je oprávnený spracúvať osobné údaje dotknutých osôb v zmysle § 47 zákona č. 8/2008 Z. z. o poisťovníctve. Podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov a právach dotknutej osoby sú vo VPP CP 14, 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 poisťných podmienkach ako aj na webovej stránke poisťovateľa.

ÁNO NIE

Dátum a čas uzavretia

Podpis poistníka:

Podpis osoby konajúcej v mene poisťovateľa:

Meno / Názov sprostredkovateľa: Ing. JAMBOROVÁ Anna
Ziskateľské číslo: 80004917
Obchodné miesto: Žilina

m
ch
dľa
a nž