

Číslo poistnej zmluvy:

ID - kód
nevpisovať

6625126831

Allianz 
Slovenská poisťovňa

Poistná zmluva

Cestovné poistenie a asistenčné službyDojednaná tarifa **2RR2****Poistovateľ**Allianz - Slovenská poisťovňa, a. s., Dostojevského rad 4, 815 74 Bratislava, Slovenská republika,
IČO: 00 151 700, IČ DPH: SK2020374862, zapísaná v obch. registri Okresného súdu Bratislava I,
odd.: Sa, vložka č. 196/B**Poistník**

Rodné číslo / IČO

00397687

Telefón

+421904129941

Priezvisko /
obchodné meno

STU v Bratislave, Stavebná fakulta

Meno

Titul pred
menomTitul za
menom

Ulica

Vazovova

Súp.č.

Or.č.

5

Obec

Bratislava

PSČ

81243

E-mail

@

DT - kód
zamestnávateľaDT - kód
zamestnancaPoistník je poistená osoba ☐ áno ☒ nie**Poistené osoby** (prípadné ďalšie poistené osoby uvedte v prílohe - Zoznam poistených osôb)

Priezvisko	Meno	Dátum narodenia			Číslo Baby karty
		deň	mesiac	rok	
Foldvály	Veronika	02	09	1988	

Dátum uzavretia

26

05

2015

Hodina a minúta uzavretia

09

38

Poistená cesta a územná platnosť

Začiatok poistenia

01

08

2015

Koniec poistenia

31

07

2016

Zóna A

☐

Zóna B

☒

Zóna C

☐

SR

☐

Riziková skupina

☐

Celoročné poistenie

☒

Polročné poistenie

☐

A 3 R C 7 0 8 1 0 1 Q

Dojednané poistenia

☒ Poistenie liečebných nákladov v zahraničí☒ Fixný balík poistení

	Sadzba v EUR	Počet osôb	Počet dní	Prirážka	Poistné v EUR
dospelí/seniori	661 , 00	x 1	x	x	= 661 , 00
deti		x	x	x	= ,
☐ Poistenie nákladov na záchrannú činnosť		x	x	x	= ,
☐ Pripoistenie batožiny		x	x		= ,
☐ Poistenie stornovacích poplatkov					
☐ Poistenie storno špeciál					
	Sadzba v %	Poistná suma cestovnej služby v EUR			
		x			= ,

Poistné spolu v EUR 661 , 00

Úprava poistného

		OB07		Celkom		Úprava poistného v EUR	46 , 27
				7 %		Jednorazové poistné v EUR	614 , 73

Poistenia dojednané na základe tejto poistnej zmluvy sa riadia Všeobecnými poistnými podmienkami pre cestovné poistenie a asistenčné služby zo dňa 02.05.2013 a Osobitnými poistnými podmienkami príslušnými k tarife dojednanej touto poistnou zmluvou.

Spracúvanie osobných údajov:

Poistník je povinný poisťovateľovi poskytnúť a umožniť získať kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním osobné údaje, ako aj ďalšie údaje požadované poisťovateľom v zmysle zákona č. 8/2008 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Poistník týmto vyhlasuje, že je oboznámený so všetkými skutočnosťami vyplývajúcimi z § 15 ods. 1 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o ochrane osobných údajov“). Poistník svojím podpisom na tejto poistnej zmluve dáva súhlas, aby si poisťovateľ splnil oznamovaciu povinnosť podľa § 15 a § 8 zákona o ochrane osobných údajov zverejnením znenia tejto oznamovacej povinnosti na svojom webovom sídle. Poisťovateľ za týmto účelom na webovom sídle zverejňuje zoznam sprostredkovateľov a tretích strán, pričom zmena zoznamu je účinná dňom zverejnenia zmeny na webovom sídle. Poistník dáva poisťovateľovi súhlas so sprístupňovaním/poskytovaním týchto údajov v nevyhnutnom rozsahu tretím stranám a s ich spracúvaním tretími stranami v súvislosti so správou poistenia, likvidáciou poistných udalostí, vymáhaním pohľadávok a zaistovníam za účelom zaistenia; súhlas sa udeľuje na dobu do vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy a počas tejto doby nie je možné ho účinne odvolať. Pre prípad, že sú v poistnej zmluve uvedené osobné údaje inej osoby, poisťník vyhlasuje, že dotknuté osoby, ktorých osobné údaje poskytol, udelili predchádzajúci písomný súhlas so spracúvaním svojich osobných údajov na účely poistnej zmluvy. Poistník je povinný preukázať poisťovateľovi kedykoľvek na jeho žiadosť, že disponuje uvedeným písomným súhlasom dotknutých osôb.

Poistník svojím podpisom na tejto poistnej zmluve dáva poisťovateľovi dobrovoľný súhlas so spracúvaním svojich osobných údajov na účely marketingu, reklamy a komerčnej komunikácie, v rozsahu: titul, meno, priezvisko, adresa, telefónne číslo, adresa elektronickej pošty, a to s platnosťou do jeho písomného odvolania. Poistník súčasne súhlasí so zasielaním korešpondencie poisťovateľa na účely marketingu, reklamy a komerčnej komunikácie formou elektronickej pošty alebo formou služieb krátkych správ. Poistník berie na vedomie, že súhlas môže kedykoľvek odvolať, a to písomným oznámením adresovaným poisťovateľovi.

Vyhlásenie poisťníka:

Poistník vyhlasuje, že mu poistné podmienky, ktorými sa poistenia dojednané touto poistnou zmluvou riadia, boli oznámené predložením ich výtlačku, s ktorého obsahom sa pred podpísaním tejto poistnej zmluvy oboznámil. Poistník berie na vedomie, že poistné podmienky, ktorými sa riadia poistenia dojednané touto poistnou zmluvou, sú mu v písomnej podobe k dispozícii na webovom sídle poisťovateľa www.allianzsp.sk ako aj na predajných miestach poisťovateľa. Poistník vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že všetky uvedené údaje sú úplné, pravdivé a nezamlčal žiadnu skutočnosť týkajúcu sa poistenia dojednaného touto poistnou zmluvou.



Táto poisťná zmluva je vyhotovená v troch vyhotoveniach, jeden originál a dve kópie, pričom originál dostane poisťovateľ; poisťník a oprávnený zástupca poisťovateľa dostanú každý jednu kópiu. Poisťník vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že bol pred podpísaním tejto poisťnej zmluvy oboznámený s obsahom, a že v písomnej forme prevzal Informáciu o podmienkach uzavretia poisťnej zmluvy príslušnú k poisťným podmienkam, ktorá tvorí súčasť poisťnej zmluvy ako jej príloha. Poisťník vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že v zmysle zákona č. 297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a ochrane pred financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov poisťnú zmluvu uzaviera vo vlastnom mene:

☒ Áno

☐ Nie, uzavretá v mene:

Počet príloh	Poznámky

Zaplatené dňa

26

.

05

.

2015

Získateľské číslo
oprávneného zástupcu
poisťovateľa 1

00013105

MA číslo spolupracovníka

Telefón

+421907181282

Podpis poisťníka

Priezvisko a meno / obchodné meno

Alžbeta Moroviková

Priezvisko a meno spolupracovníka

Podpis oprávneného zástupcu
poisťovateľa (odtlačok pečiatky)

Získateľské číslo oprávneného zástupcu poisťovateľa 2

/

