

Číslo poisťnej zmluvy:



6625703266

**Allianz**   
Slovenská poisťovňaID - kód  
nevpisovať

Poistná zmluva

**Cestovné poistenie a asistenčné služby**Dojednaná tarifa **1RR2****Poisťovateľ** 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  Telefón

Priezvisko / obchodné meno

Meno  Titul pred menom  Titul za menom

Ulica  Súp.č.  Or.č.

Obec  PSČ

E-mail

@

DT - kód zamestnávateľa  DT - kód zamestnanca  Poistník je poistená osoba  áno  nie

**Poistené osoby** (prípadné ďalšie poistené osoby uveďte v prílohe - Zoznam poistených osôb)

Priezvisko	Meno	Dátum narodenia			Číslo Baby karty
		deň	mesiac	rok	
Havlát	Michal				

Dátum uzavretia  .  . Hodina a minúta uzavretia  : **Poistená cesta a územná platnosť**Začiatok poistenia  .  . Koniec poistenia  .  . 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	152,00	x 1	x	x	= 152,00
deti		x	x	x	=
<input type="checkbox"/> Poistenie nákladov na záchrannú činnosť		x	x	x	=
<input type="checkbox"/> Pripoistenie batožiny		x	x		=
<input type="checkbox"/> Poistenie stornovacích poplatkov	Sadzba v %	Poistná suma cestovnej služby v EUR			
<input type="checkbox"/> Poistenie storno špeciál		x		=	

**Poistné spolu v EUR** 152,00

Úprava poistného

FO10				Celkom	10 %	Úprava poistného v EUR	15,20
						<b>Jednorazové poistné v EUR</b>	<b>136,80</b>

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 dojedanej 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](http://www.allianzsp.sk) ako aj na predajných miestach poisťovateľa. Poistník vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že všetky uvedené údaje sú úplné, pravdivé a nezamýšľal 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

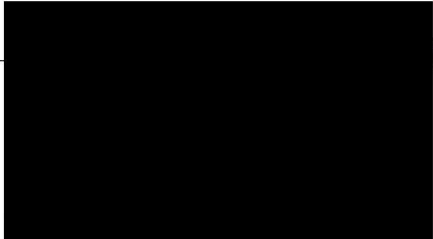
Táto zmluva nadobúda platnosť dňom podpisu Zmluvy oboma stranami a účinnosť dňom nasledujúcim po dni jej zverejnenia v Centrálnom registri zmlúv vedenom Úradom vlády SR

Zaplatené dňa

.  .



Podpis poisťníka



Podpis oprávneného zástupcu  
poisťovateľa (odtlačok pečiatky)

Získateľské číslo  
oprávneného zástupcu  
poisťovateľa 1

MA číslo spolupracovníka

Priezvisko a meno / obchodné meno

Priezvisko a meno spolupracovníka

Telefón

Získateľské číslo oprávneného zástupcu poisťovateľa 2

/



A 3 R C 7 0 8 1 0 3 S

