

POISTNÁ ZMLUVA

Celoročné cestovné poistenie

Poist'ovateľ: Union poisťovňa, a. s., Bajkalská 29/A, 813 60 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 31322051,

kontaktné údaje

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

Poistník (osoba, ktorá podpisuje poistnú zmluvu a platí poistné)

Meno a priezvisko / Názov	Adresa trvalého bydliska/ Adresa sídla	Dátum narodenia/ IČO	Telefónne číslo	E-mailová adresa
TRNAVSKÁ UNIVERZITA V TRNAVE	Hornopotočná 23, 91843 Trnava	31825249		

Korešpondenčná adresa (adresa, na ktorú sa doručujú písomnosti)

Meno a priezvisko / Názov	Korešpondenčná adresa
TRNAVSKÁ UNIVERZITA V TRNAVE	Hornopotočná 23, 91843 Trnava

Poistený/í

Meno a priezvisko	Dátum narodenia	Typ karty *	Číslo karty *	Preukaz č. **
Mgr. Katarína Levická, PhD.		—	—	—

Na uvedené osoby sa vzťahuje poistenie

Dátum a čas uzavretia	08. 02. 2016	13:46:32
Platnosť poistenia	od 29. 03. 2016	do 28. 03. 2017 vrátane
Typ poistenia ****	cestovné poistenie pre opakované cesty	
Balík poistenia ****	Komfort	
Variant poistenia *****	individuálny	
Riziková skupina	TURISTA	
Územná platnosť poistenia	Európa	
Maximálna dĺžka jedného vycestovania	45 dní nepretržite	

Poistenie sa vzťahuje na udalosti, ktoré nastali počas každého vycestovania, pri ktorom **nepretržitý pobyt je najviac 45 dní**, pričom v prípade poistnej udalosti je poistený povinný predložiť doklad (napr. cestovný pas, cestovný doklad, doklad o ubytovaní), na základe ktorého je možné jednoznačne preukázať termín prekročenia slovenskej štátnej hranice pri ceste do zahraničia, resp. na základe ktorého je možné jednoznačne preukázať, že v čase 45 dní pred vznikom poistnej udalosti bol poistený v mieste trvalého pobytu na území Slovenskej republiky.

- * EURO<26, GO<26, ISIC, ITIC, EYCA
 ** preukaz poistenca zdravotnej poisťovne
 *** poistné krytie a poistné sumy sú uvedené v prílohe k poistnej zmluve celoročného cestovného poistenia s názvom „Rozsah poistenia a výška poistného krytia pre celoročné cestovné poistenie“, ktorá je uvedená na str. 1 brožúry s názvom „Celoročné cestovné poistenie“
 **** v prípade rodinného variantu poistenia sa za rodinu považujú 2 dospelé blízke osoby a ich deti do 18. rokov veku

ROČNÉ POISTNÉ	25,00 EUR
----------------------	------------------

Druh poistného	jednorázové
Splatnosť poistného	naraz
Dátum splatnosti	29. 03. 2016

Spôsob platby jednorázového poistného / bežného poistného v prvom poistnom období / prvej splátky bežného poistného v prvom poistnom období	prevodným príkazom
Bankové spojenie UniCredit Bank Czech Republic and Slovakia, a.s., organizačná zložka: UniCredit Bank Czech Republic and Slovakia, a.s., pobočka zahraničnej banky	
Variabilný symbol (číslo poistnej zmluvy)	59600773
Konštantný symbol	3558

Poplatok podľa časti A, čl. 5, bod 7 Všeobecných poistných podmienok celoročného cestovného poistenia VPPCCP/0514 je 3,30 EUR.

Poistovateľ zasiela elektronické avíza za všetky poistné zmluvy, na ktorých ste si zvolili túto formu zasielania avíz, a to vždy na e-mailovú adresu, ktorú ste poisťovateľovi oznámili ako poslednú.

Zvláštne dojednania

- Časť A, čl. 6, bod 5 Všeobecných poistných podmienok celoročného cestovného poistenia VPPCCP/0514 sa mení a nahrádza nasledovným znením: Ak v prípade poistenia nákladov na technickú pomoc pri záchranej akcii dôjde k poistnej udalosti na území Slovenskej republiky, poistenie sa vzťahuje na poistné udalosti, ku ktorým dôjde v horských oblastiach uvedených v zákone, ktorý upravuje činnosť Horskej záchranej služby.

Celoročné cestovné poistenie sa riadi Všeobecnými poistnými podmienkami celoročného cestovného poistenia VPPCCP/0514, ktoré sú k dispozícii na kontaktných miestach poisťovateľa a na www.union.sk. Poistník svojim podpisom potvrdzuje, že mu Všeobecné poistné podmienky celoročného cestovného poistenia VPPCCP/0514 boli oznámené.

Súčasťou tejto poisťnej zmluvy je brožúra s názvom „Celoročné cestovné poistenie“. Brožúra obsahuje na str. 1 prílohu k poisťnej zmluve celoročného cestovného poistenia s názvom „Rozsah poistenia a výška poisťného krytia pre celoročné cestovné poistenie“, v ktorej je uvedený obsah jednotlivých poistení a poisťné sumy a vyhlásenia poisťníka a poisteného. Poistník svojím podpisom potvrdzuje, že sa s jej obsahom oboznámil a súhlasí s ním a potvrdzuje pravdivosť svojich vyhlásení v nej uvedených.

Poistník svojím podpisom potvrdzuje, že mu bol pred uzavretím poisťnej zmluvy odovzdaný formulár o dôležitých zmluvných podmienkach uzatvárajúcej poisťnej zmluvy podľa § 70 ods. 4 zákona o poisťovníctve.

Miesto uzatvorenia poisťnej zmluvy:

Tmava

mandátna zmluva č./ zmluva o obchodnom zastúpení č.: 11-MAN-4

dňa

.....
podpis poisťníka

.....
podpis a pečiatka sprostredkovateľa

Súhlas so spracúvaním osobných údajov na účely marketingových aktivít

V zmysle § 11 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov a v zmysle § 3 zákona č. 147/2001 Z.z. o reklame a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov súhlasím:

- so spracúvaním osobných údajov na účely marketingových aktivít, t.j. aby moje osobné údaje uvedené v tabuľke Poistník poisťnej zmluvy vyššie (okrem rodného čísla) boli spracúvané Union poisťovňou, a. s. na účely marketingových aktivít. Súčasne súhlasím s použitím svojho 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 10 rokov po ukončení platnosti poisťného vzťahu.

☐ **áno (súhlasím)**

☒ **nie (nesúhlasím)**

- s poskytnutím osobných údajov spoločnosti Union zdravotná poisťovňa, a.s., t.j. aby moje osobné údaje v rozsahu meno, priezvisko, titul, adresa trvalého pobytu, dátum narodenia, kontaktné číslo (telefónne číslo, faxové číslo, e-mailová adresa) boli poskytnuté spoločnosti Union zdravotná poisťovňa, a.s. so sídlom Bajkalská ul. 29/A, 821 08 Bratislava pre marketingové účely. Súčasne súhlasím so zasielaním marketingových správ formou elektronickej pošty alebo formou služieb krátkych správ. Súhlas je poskytnutý do konca kalendárneho roka po ukončení platnosti tejto poisťnej zmluvy.

☐ **áno (súhlasím)**

☒ **nie (nesúhlasím)**

Poskytnutie osobných údajov na vyššie uvedené účely nie je povinné. Beriem na vedomie, že súhlas je možné kedykoľvek odvolať a že odvolanie nemá spätné účinky.

dňa

.....
podpis poisťníka

