

POISTNÁ ZMLUVA

Celoročné cestovné poistenie

Poistovateľ: Union poistovňa, a. s., Bajkalská 29/A, 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 poistnú zmluvu a platí poistné)

Meno a priezvisko/ Názov	Adresa trvalého bydliska / Adresa sídla	Dátum narodenia/ IČO	Telefónne číslo	E-mailová adresa
Verejné prístavy, a.s.	Prístavná 10, 82109 Bratislava	36856541		martina.hantakova@vpas.sk

Korešpondenčná adresa (adresa, na ktorú sa doručujú písomnosti)

Meno a priezvisko/ Názov	Korešpondenčná adresa
Verejné prístavy, a.s.	Prístavná 10, 82109 Bratislava

Poistený/í

Meno a priezvisko	Dátum narodenia	Typ karty *	Číslo karty *	Preukaz č. **
Mgr. Tatiana MASÁROVÁ				

Na uvedené osoby sa vzťahuje poistenie

Dátum a čas uzavretia	12.01.2017	17:39
Platnosť poistenia	od 13.01.2017	na dobu neurčitú
Typ poistenia ***	cestovné poistenie pre opakované cesty	
Balík poistenia ***	Komfort storno	
Variant poistenia ****	individuálny	
Riziková skupina	TURISTA	
Územná platnosť poistenia	Svet	
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	56,00 EUR
----------------------	------------------

Druh poistného	bežné (poistné obdobie = 1 rok)
Splatnosť poistného	bez splátok (pri bežnom poistnom)
Dátum splatnosti	13.01.

Spôsob platby jednorazového poistného / bežného poistného v prvom poistnom období / prvej splátky bežného poistného v prvom poistnom období	prevodným príkazom
Spôsob platby bežného poistného v ďalších poistných obdobiach / druhej splátky poistného v prvom poistnom období a ďalších splátok poistného v ďalších poistných obdobiach	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	účet číslo 6600547090/1111 IBAN SK59 1111 0000 0066 0054 7090 BIC UNCRSKBX
Variabilný symbol (číslo poistnej zmluvy)	65417174
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

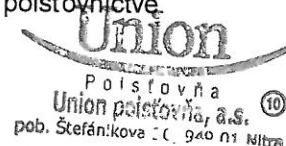
- Časť A, čl. 6, bod 5 Všeobecných poistných podmienok celoročného cestovného poistenia VPPCCP/0514 sa mení a nahrádza nasledovným znením: Ak v prípade poistenia nákladov na technickú pomoc pri záchranej akcii dôjde k poistnej udalosti na území Slovenskej republiky, poistenie sa vzťahuje na poistné udalosti, ku ktorým dôjde v horských oblastiach v územnej pôsobnosti Horskej záchranej služby 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 svojím podpisom potvrdzuje, že mu Všeobecné poistné podmienky celoročného cestovného poistenia VPPCCP/0514 boli oznámené.

Súčasťou tejto poistnej zmluvy je brožúra s názvom „Celoročné cestovné poistenie“. Brožúra obsahuje na str. 1 prílohu k poistnej zmluve celoročného cestovného poistenia s názvom „Rozsah poistenia a výška poistného krytia pre celoročné cestovné poistenie“, v ktorej je uvedený obsah jednotlivých poistení a poistné sumy a vyhlásenia poistníka 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 poistnej zmluvy odovzdaný formulár o dôležitých zmluvných podmienkach uzatvárajúcej poistnej zmluvy podľa § 70 ods. 4 zákona o poisťovníctve.

Nitra, dňa 17.04.2017 17:39, Získateľ: Strapáková Jaroslava



Verejné pristavy, a.s.

10, 821 09 Bratislava

IČO: 36 856 541

IČ DPH: SK2022534005

.....
podpis poistníka

.....
podpis a pečiatka poisťovateľa

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 poistnej 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 poistnej zmluvy a na dobu 10 rokov po ukončení platnosti poistného vzťahu.

☐

v prípade nesúhlasu označte

- 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 poistnej zmluvy.

☐

v prípade nesúhlasu označte

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.

Union zdravotná poisťovňa, a.s.
Bajkalská 10, 821 09 Bratislava
IČO: 36 856 541
IČ DPH: SK2022534008
- 1 -

.....
poistníka

