



Krátkodobé cestovné poistenie



predkladá tento návrh na uzavretie poistnej zmluvy číslo: **2405554108**

Poistený:

Meno a priezvisko, titul:	Rodné číslo:	E-mail:	Tel.číslo:	Rozšírené krytie:
Petra NEMCOVÁ Ing.				<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:
Výskumný ústav geodézie a kartografie	00166251		SVK		
Adresa trv. pobytu / Sídlo			Korešp. adresa:		
Chlumeckého 1941/4, Bratislava - Ružinov 82662					

Súhlas poistníka so zaslaním poistných podmienok elektronicke:

Svojim podpisom na tejto poistnej zmluve potvrdzujem, že som sa oboznámil s príslušnými poistnými podmienkami v rozsahu v akom sa na dojednané poistenie vzťahujú a súhlasím s ich zaslaním na uvedenú funkčnú e-mailovú adresu: ÁNO NIE

Súhlas poistníka so zasielaním písomností elektronicke: Súhlasím so zasielaním písomností elektronicke na uvedenú funkčnú e-mailovú adresu v súlade s príslušnými poistnými podmienkami a zároveň potvrdzujem, že som si vedomý toho, že mi poisťovateľ môže zasielať písomnosti elektronicke, s výnimkou písomností, na ktorých prevzatie je potrebný môj podpis alebo pri ktorých z ich povahy vyplýva nevyhnutnosť doručiť ich inak ako prostredníctvom e-mailu: ÁNO NIE

Začiatok poistenia: Koniec poistenia: Počet dní: Počet poistených osôb: Územná platnosť poistenia:

18.05.2017	20.05.2017	3	1	Európa
------------	------------	---	---	--------

Rozsah poistenia pre každého poisteného v zmysle Osobitných poistných podmienok pre cestovné poistenie OPP CP 16:

Základné poistenie: Plus	Poistná suma	
maximálna poistná suma pre všetky poistné plnenia podľa časti II, čl.3, písm. a) až l) VPP CP 16	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 16)	do 100%	
ambulantné ošetrovanie zubov (podľa časti II, čl.3, ods.1, písm. g) VPP CP 16)	150 EUR na 1 poistnú udalosť (max. 300 EUR za poistné obdobie)	
dopravu nepplnoletých poistených detí do miesta ich bydliska a cestu ich opatrovateľa (podľa časti II, čl.3, ods.1, písm.h) VPP CP 16)	1 700 EUR	
návrat jednej spolupoistenej osoby (podľa časti II, čl.3, ods.1, písm.i) VPP CP 16)	100%	
doprava a ubytovanie opatrovníka nepplnoletého poisteného (podľa časti II, čl.3, bod 1, ods. j) VPP CP 16)	1 400 EUR 120 EUR/noc, (max. 3 noci)	
doprava a ubytovanie príbuzného (návšteva chorého) (podľa časti II, čl.3, ods.1, písm.k) VPP CP 16)	1 400 EUR	
denné nemocničné dávky (podľa časti II, čl.3, bod 1, ods.l) VPP CP 16)	17 EUR / deň	
Poistenie pátrania a záchranu	náklady na záchrannú činnosť mimo územia Slovenskej republiky (podľa časti III, čl.4, ods.2 a 3 VPP CP 16)	7 000 EUR
Poistenie zodpovednosti za	škody na zdraví alebo veci (podľa časti VII., čl.1 VPP CP	50 000 EUR

škodu	16)	
Úrazové poistenie	trvalé následky úrazu (podľa časti IV, čl.6 VPP CP 16)	10000 EUR
	smrť úrazom (podľa časti IV, čl.5 VPP CP 16)	5000 EUR
Asistenčné služby	nepretržitá pomoc v naliehavých situáciách (podľa časti I. čl.10 VPP CP 16)	áno

Poistné:

Základné krytie:	počet osôb: 1	5,40 EUR
Obchodná zľava:	10 %	0,54 EUR
Poistné celkom:	jednorazové poistné	4,86 EUR

Číslo účtu na príjem poistného: [REDAKOVANÉ] (IBAN: [REDAKOVANÉ] BIC/SWIFT kód: [REDAKOVANÉ]), variabilný symbol je číslo poistnej zmluvy (poistky)

Záverečné ustanovenia a vyhlásenia:

Pre toto poistenie platia Všeobecné poistné podmienky pre cestovné poistenie VPP CP 16 (ďalej len „VPP CP 16“) a Osobitné podmienky pre cestovné poistenie OPP CP 16 (ďalej len „OPP CP 16“), ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou poistnej zmluvy. Poistník prijatím návrhu na uzavretie poistnej zmluvy potvrdzuje, že sa oboznámil s VPP CP 16 a OPP CP 16 súhlasí s nimi a obdržal ich vyhotovenie, a že mu boli oznámené informácie podľa § 792a Občianskeho zákonníka. Poistník vyhlasuje a prijatím tohto návrhu na uzavretie poistnej zmluvy potvrdzuje, že všetky osobné údaje ako aj ostatné údaje uvedené v tomto návrhu na uzavretie poistnej zmluvy sú úplné a pravdivé. Poistník prijatím tohto návrhu na uzavretie poistnej zmluvy potvrdzuje, že obsah návrhu poistnej zmluvy je mu zrozumiteľný, vyjadruje jeho slobodnú a vážnu vôľu. Prijatím tohto návrhu na uzavretie poistnej zmluvy potvrdzujem, že som uviedol a zodpovedal pravdivo, úplne a podľa svojho najlepšieho vedomia všetky zadané otázky a údaje. V prípade ak som nesúhlasil so zaslaním poistných podmienok elektronicky tak podpisom tejto poistnej zmluvy potvrdzujem, že som pred podpisom poistnej zmluvy obdržal vyhotovenie VPP CP 16, VPP OPP CP 16, VPP DOMino 11 ak sa na dojednané poistenie vzťahujú. Ďalej potvrdzujem, že mi pred uzavretím poistnej zmluvy boli písomne poskytnuté informácie o podmienkach uzavretia poistenia v zmysle Zákona o poisťovníctve v platnom a účinnom znení 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. Svojim podpisom na tejto poistnej zmluve beriem na vedomie, že poisťovateľ je oprávnený spracúvať osobné údaje dotknutých osôb v zmysle Zákona o poisťovníctve v platnom a účinnom znení. Podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov a právach dotknutej osoby sú vo VPP CP 16, 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. Prijatím tohto návrhu 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 Poistovňa, 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 dojednania : 11.05.2017 11:08

Meno / Názov sprostredkovateľa: Krštieň Michal
Získateľské číslo: 80021784
Obchodné miesto: Bratislava

Tento návrh je platný do 18.05.2017 a považuje sa za prijatý, ak bude v lehote jeho platnosti prvá splátka poisťného pripísaná na účet poisťovne. Pokiaľ v tejto lehote poisťné zaplatené nebude, poistenie nevznikne a nevznikne teda ani nárok na poisťné plnenie.


Podpis (odtlačok pečiatky) zástupcu Generali Poistovňa, a. s.

