

POISTNÁ ZMLUVA

 reg. čís. zmluvy
40/17
Individuálne komplexné cestovné poistenie

Poisťovateľ: Union poisťovňa, 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.: [REDACTED] vedený
 v UniCredit Bank Czech Republic and Slovakia, a.s., pobočka zahraničnej banky
kontaktné údaje
 internetová stránka: www.union.sk, telefón: [REDACTED] e-mail: [REDACTED]

Poistník (osoba, ktorá podpisuje poisťnú zmluvu a platí poisťné)

Meno a priezvisko / Názov	Adresa trvalého bydliska/ Adresa sídla	Dátum narodenia/ IČO	Telefónne číslo	E-mailová adresa
KRAJSKÁ PROKURATÚRA NITRA	Damborského 1, 94901 Nitra	35629061		

Korešpondenčná adresa (adresa, na ktorú sa doručujú písomnosti)

Meno a priezvisko / Názov	Korešpondenčná adresa
KRAJSKÁ PROKURATÚRA NITRA	Damborského 1, 94901 Nitra

Poistený/í

Meno a priezvisko	Dátum narodenia	Preukaz č.*	Riziková skupina	Typ zľavy (na osobu)
[REDACTED]	[REDACTED]		nemanuálna práca	

* preukaz poisťenca zdravotnej poisťovne / EURO<26, GO<26, ISIC, ITIC, EYCA / člen OZPPaP

Dátum a čas uzavretia	16.11.2017	09:31:46	
Platnosť poistenia	od 20.11.2017	do 20.11.2017	na 1 deň
Územná platnosť poistenia****	Česká republika	Krajina pobytu	Česká republika

**** poistenie asistenčných služieb pre motorové vozidlo, ak je v tejto poisťnej zmluve dojednané, sa vzťahuje na
 asistenčné udalosti, ktoré nastali na území Európy podľa geografického rozdelenia, s výnimkou územia Ruskej
 federácie, Bieloruska, Krymskej autonómnej republiky, Kosova a Turecka

POISTNÉ KRYTIE A POISTNÁ SUMA

** príloha k poisťnej zmluve typu 701/702 je uvedená na str. 1 brožúry s názvom „Individuálne komplexné
 cestovné poistenie“

Všeobecné poisťné podmienky individuálneho komplexného cestovného poistenia VPPIKCP/0114
VPPIKCP/0114

Poistenie	poistenie liečebných nákladov v zahraničí časť B VPPIKCP/0114 a asistenčné služby v zahraničí časť A, čl. 13 VPPIKCP/0114	Poisťná suma	je uvedená v prílohe k poisťnej zmluve typu 701/702 **
-----------	---	--------------	--

Meno a priezvisko poisteného	Dátum narodenia
██████████	██████████

POISŤNÉ SPOLU	0,78 EUR
---------------	----------

Druh poisťného	jednorazové
Splatnosť poisťného	naraz
Dátum splatnosti	20.11.2017
Spôsob platby jednorazového poisťného	prevodným príkazom

Zvláštne dojednania

1. Odchýľne od bodu 1, písm. a) prílohy k poisťnej zmluve typu 701/702 s názvom „Rozsah poistenia a výška poisťného krytia pre individuálne komplexné cestovné poistenie“ sa dojednáva, že poisťná suma poistenia liečebných nákladov v zahraničí pre ambulantné ošetrovanie vrátane predpísaných liekov a predpísaných zdravotníckych pomôcok a materiálu, hospitalizácia a lekárske ošetrovanie počas hospitalizácie vrátane predpísaných liekov a predpísaných zdravotníckych pomôcok a materiálu, preprava do a zo zdravotníckeho zariadenia, preprava do vlasti (podľa časti B, čl. 1, bod 2 VPPIKCP/0114 okrem poslednej vety písm. b) tohto bodu) je určená vo výške skutočne vzniknutých nákladov.
2. Časť A, čl. 6, bod 6 VPPIKCP/0114 sa mení a nahrádza nasledovným znením: Poistenie nákladov na zásah Horskej záchranej služby (časť H VPPIKCP/0114) sa vzťahuje na poisťné udalosti, ku ktorým dôjde na území Slovenskej republiky v horských oblastiach uvedených v zákone, ktorý upravuje činnosť Horskej záchranej služby.

Individuálne komplexné cestovné poistenie sa riadi Všeobecnými poisťnými podmienkami individuálneho komplexného cestovného poistenia VPPIKCP/0114 a v prípade poistenia asistenčných služieb pre motorové vozidlo aj Osobitnými dojednania pre poistenie asistenčných služieb pre motorové vozidlo ODPASMV/0616, ktoré sú k dispozícii na kontaktných miestach poisťovateľa, na www.union.sk a na kontaktných miestach sprostredkovateľa. Poisťník svojim podpisom potvrdzuje, že mu boli Všeobecné poisťné podmienky individuálneho komplexného cestovného poistenia VPPIKCP/0114 a v prípade poistenia asistenčných služieb pre motorové vozidlo aj Osobitné dojednania pre poistenie asistenčných služieb pre motorové vozidlo ODPASMV/0616 oznámené.

účasťou tejto poisťnej zmluvy je brožúra s názvom „Individuálne komplexné cestovné poistenie“. Brožúra obsahuje na str. 1 prílohu k poisťnej zmluve typu 701/702 s názvom „Rozsah poistenia a výška poisťného krytia pre individuálne komplexné cestovné poistenie“, v ktorej je uvedený obsah jednotlivých poistení, poisťné krytie a poisťné sumy a vyhlásenia poisťníka a poisteného. Poisťník svojim podpisom potvrdzuje, že sa s jej obsahom oboznámil a súhlasí s ním a potvrdzuje pravdivosť svojich vyhlásení v nej uvedených.

Poisťník svojim 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 : R.I.C. Slovakia, s.r.o., Mostná 56, 94901 Nitra
mandátna zmluva č. / zmluva o obchodnom zastúpení č. : 11-MAN-359

dňa

.....
podpis poisťníka

.....
podpis a pečatka 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 ods. 7 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 Poisťník 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

**POŽIADAVKA
NA PLATBU POISTNÉHO**

CESTOVNÉ POISTENIE

na základe poisťnej zmluvy č. 56779764 o individuálnom cestovnom poistení Vás týmto žiadame o úhradu poistného

SUMA k úhrade **0,78 EUR**
účet číslo **6600547090/1111**
IBAN [redacted]
BIC [redacted]
banka UniCredit Bank Czech Republic and Slovakia, a.s., pobočka zahraničnej banky
variabilný symbol [redacted]
konštantný symbol [redacted]
dátum vystavenia [redacted]
požiadavky na platbu 16.11.2017
dátum splatnosti 20.11.2017

Ďalšie bankové účty pre úhradu poistného (pre prípad potreby):

VÚB banka:

Tatra banka:

ČSOB

Slovenská sporiteľňa

Poštová banka

Ďakujeme Vám za včasné poukázanie platby.

S pozdravom

Union poisťovňa, a. s.

Príkaz na úhradu

Príkazca

účet číslo	kód banky
[redacted]	[redacted]

Príjemca

účet číslo	kód banky
[redacted]	[redacted]

suma	mena	splatnosť
0,78	EUR	20.11.2017

Symboly platby

variabilný symbol	konštantný symbol	špecifický symbol
[redacted]	[redacted]	0

Doplňujúci údaj banky
Údaje pre vnútornú potrebu príkazcu

miesto a dátum vystavenia

pečiatka a podpis príkazcu



Union poisťovňa, a.s.
 Bajkalská 29/A
 813 60 Bratislava
 Slovenská republika

tel: + 421 2 20 811 811



EuroCross Assistance Czech Republic
 Lazarská 13/8
 120 00 Praha 2
 Česká republika

tel: + 420 2 9633 9644

V prípade potreby lekárskej pomoci sa preukážete lekárovi touto poisťnou kartou alebo poisťnou zmlouvou. V prípade vážnejšieho zdravotného stavu, hospitalizácie alebo ak potrebujete pomoc, telefonicky sa skontaktujte s pracovníkmi asistenčnej spoločnosti EuroCross Assistance, ktorá ma nepretržitú prevádzku. Hovorit' môžete po slovensky.

Z celého sveta platné tel. čísla asistenčnej spoločnosti EuroCross Assistance.

+ 420 2 9633 9644

+ 31 71 36 41 212

Z krajín Anglicko, Francúzsko, Nemecko, Rakúsko, Taliansko, Španielsko, Švajčiarsko, Kanada a USA je možné využiť aj bezplatné telefónne číslo asistenčnej spoločnosti EuroCross Assistance: **+ 800 41 212 212**. Pozor! Toto číslo nie je možné použiť ako bezplatné z mobilného telefónu.



CESTOVNÉ POISTENIE

Travel Insurance / Reiseversicherung

V prípade potreby volajte asistenčnú spoločnosť

+ 420 2 9633 9644

+ 31 71 36 41 212

Poisťná zmluva č.

56779764

Poisťné obdobie

20.11.2017 - 20.11.2017

Meno a priezvisko poisteného



X

Krajská prokuratúra Nitra
Damborského č. 1, 949 66

Nitra
Číslo 1/1 Spr 228/17/4400
Číslo OP
Rodné číslo

PRÍKAZ
na zahraničnú pracovnú cestu

Vysielajúca organizácia: Krajská prokuratúra Nitra
Meno vysielaného pracovníka:
Pracovisko: Okresná prokuratúra Nitra
Funkcia: vodič
Bydlisko:
Zahraňičná pracovná cesta bola schválená: námestníkom krajského prokurátora v Nitre
dňa 14.11.2017

Miesto nástupu cesty: Nitra
Dátum nástupu cesty: 20.11.2017 hod. 06.00 x/
Miesto ukončenia cesty: Nitra
Dátum ukončenia cesty: 20.11.2017 hod. 22.00 x/
Doba pobytu: 1 deň – 20.11.2017
Spôsob dopravy: služobné motorové vozidlo Krajskej prokuratúry Nitra
Miesto výkonu práce: Generálne ředitelství cel, oddelení odhalování trestné činnosti, odbor Pátrání, Tečovská 911, Zlín, Česká republika

Účel zahraničnej pracovnej cesty: Pracovné stretnutie spoločného vyšetrovacieho tímu
Náklady zahraničnej pracovnej cesty:

- cestovné
- ubytovanie
- stravné xx/
- poistenie liečebných nákladov

Vysielajúca organizácia hradí: stravné, poistenie liečebných nákladov

Pozývateľ hradí: ostatné náklady

podpis zamestnanca

podpis krajského prokurátora

námestníčka krajského prokurátora

podpis vedúceho OVS

x/ orientačne, hod. sa upresní vo vyúčtovaní ZSC

xx/ v položke stravné uveďte, či vyslaný zamestnanec má hradené stravné v plnej výške alebo len pomernú časť (raňajky, obed, večeru)