

Allianz - Slovenská poisťovňa, a. s.

Dostojevského rad 4, 815 74 Bratislava

IČO: 00161700

IČ DPH: SK2020374862

Cestovné poistenie a asistenčné služby dojednané podľa tarify: 311

Poistník:

Rodné číslo/IČO:	603457	telefón:			
Priezvisko/ obchodné meno:	Inštitút pre pracovné rehabilitáciu občanov zo ZP				
Meno:		Titul pred menom:		Titul za menom:	
Ulica:	Mokrohájska	Súp. Číslo:		Or.č.	1
Obec:	Bratislava	PSC:		842 40	

E-mail:

Poistník je poistená osoba: **nie**

Poistené osoby (prípadne ďalšie poistené osoby uveďte v zozname poistených osôb)

	Priezvisko	Meno	Dátum narodenia
1.	Beňa	Viktor	
2.	Décsi	Gyula	
3.	Janúch	Dominik	

Poistená cesta

Súkromná cesta: **áno**

SR: **áno**

Dátum uzavretia: **18.06.2012** hodina uzavretia: **16:56**

Začiatok poistenia: **27.06.2012**

Koniec poistenia: **27.06.2012**

Dojednané poistenia:

Úraz, Batožina, zodpovednosť za škodu, Doplnkové asistenčné služby: **áno**

Sadzba v EUR

Dospelí: **0,800** počet osôb: **13** počet dní: **1** Poistné: **10,40**

Deti:

Poistné spolu v EUR: 10,40

Úprava poistného v EUR: **0,00**

Jednorazové poistenie v EUR: **10,40**

Počet poistených osôb spolu: **13**

Spracovanie osobných údajov. Poistník je povinný poisťovní 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 § 10 ods. 1. Zákona č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov (ďalej len zákon). Poistník dáva súhlas so sprístupňovaním poskytovaním týchto údajov tretím stranám a s ich spracúvaním tretími stranami v súvislosti so správou poistenia, likvidáciou poistných udalostí a zaistením. 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 PZ 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 PZ. Poistník je povinný preukázať poisťovateľovi kedykoľvek na jeho žiadosť, že disponuje uvedeným písomným súhlasom dotknutých osôb. Zároveň poisťník udeľuje súhlas so spracúvaním osobných údajov na marketingové účely, ktorý je oprávnený kedykoľvek odvolať. Na účely asistenčných služieb je oprávnené spracúvať osobné údaje dotknutých osôb spoločnosť Mondial Assistance s.r.o., Jankovcova 1596/14b, 170 00 Praha 7, ktorá podniká na území SR prostredníctvom Mondial Assistance s.r.o., organizačná zložka. Čajáková 18, 811 05 Bratislava. Spoločnosť Tatra Billing, s.r.o. Hodžovo námestie 3, 811 06 Bratislava, IČO: 35810572 je oprávnená spracúvať tlačové výstupy s osobnými údajmi pre styk s klientmi. Päva dotknutej osoby pri spracúvaní osobných údajov sú upravené v § 120 zákona o ochrane osobných údajov. V prípade, že má poisťovateľ podľa zákona o ochrane osobných údajov oznamovaciu povinnosť voči dotknutej osobe, táto oznamovacia povinnosť môže byť splnená ja tak, že dá daný oznam uverejniť na príslušnej internetovej stránke poisťovateľa.

Poistenie dojednané touto PZ sa riadi Všeobecnými poisťovnými podmienkami pre cestovné poistenie a asistenčné služby zo dňa 22.06.2009 a Osobitnými poisťovnými podmienkami pre cestovné poistenie služby príslušnými podľa tarify dohodnutej v tejto PZ, vydanými poisťovateľom.

Vyhlasenie poisťníka o oznámení poistných podmienok

Poistník vyhlasuje, že mu poistné podmienky, ktorými sa poistenie dojednané touto PZ riadia, boli pred uzavretím tejto PZ oznámené predložením ich výtlačku, s ktorého obsahom sa pred uzavretím tejto PZ oboznámil. Poistník berie na vedomie, že poistné podmienky, ktorými sa riadia poistenia dojednané touto PZ, sú mu v písomnej podobe k dispozícii na verejne dostupnej internetovej stránke poisťovateľa www.allianzsp.sk ako aj na predajných miestach poisťovateľa.

Vyhlasenie poisťníka: Poistník vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že všetky údaje uvedené vyššie sú úplné, pravdivé a nezamýšľal žiadnu skutočnosť týkajúcu sa poistenia dojednaného touto PZ. Poistník berie na vedomie, že k uzavretiu PZ dochádza jej podpísaním oboma zmluvnými stranami. Táto PZT je vyhotovená v troch vyhotoveniach jeden originál a dve kópie, pričom originál održí poisťovateľ, poisťník a oprávnený zástupca poisťovateľa održia kópie. Poistník vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že bol pred uzavretím PZ oboznámený s jej obsahom a že v písomnej forme prevzal informáciu o podmienkach uzavretia poistnej zmluvy príslušnú poisťovným podmienkam podľa tarify dohodnutej v tejto PZ.

Vyhlasenie poisťníka v zmysle zákona č. 297/2008 Z.Z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a ochrane pred financovaním a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Poistník týmto vyhlasuje, že poistnú zmluvu uzavrel vo vlastnom mene: **áno**

Zaplatené dňa: **18.06.2012**

Informácie pre účely správy poistenia

Ziskateľské číslo 1: **00034921**

Pracovisko/obchodné meno: **Golkovská**

Meno: **Anna**

Telefón:

Ziskateľské číslo 2:

Počet príloh: **1**

Zoznam poistných osôb

	Priezvisko	Meno	Dátum narodenia	Číslo Baby karty/ Cestovnej karty
4.	Malík	Tomáš		
5.	Rybárik	Denis		
6.	Tureček	Patrik		
7.	Berezická	Angelika		
8.	Galliková	Miriam		
9.	Pospiechová	Iveta		
10.	Rapava	Lenka		
11.	Šušková	Václava		
12.	Berdisová	Mária		
13.	Ilušáková	Miroslava		

