

ZML-0/2013

ČSOB Poistovňa, a. s., Vajnorská 100/B, Bratislava, Slovenská republika  
Zapísaná v OR OS Bratislava I., odd. Sa, vl. č. 444/B, IČO: 31 325 416  
Poštová adresa: P. O. Box 20, 820 09 Bratislava 29  
Infolinka ČSOB Poistovňa: 0850 111 303, E-mail: infolinka@csob.sk  
www.csob.sk



číslo poistnej zmluvy 3004194534

Dojednáva s poistníkom

### Cestovné poistenie

TRAVEL INSURANCE

Región	Ziskateľ 1	Ziskateľ 2	Číslo účtu	Kód banky
9 0 0	1 0 2 3 6		255006893	7500

Priezvisko/Surname	Meno/Given name	Číslo OP alebo pasu/Passport No.	Rodné číslo/Personal No./IČO
	PSC/Postcode	Obec/Mesto/City	tel. č./Phone No.

#### Poistený/Insured

Priezvisko/Surname	Meno/Given name	Rodné číslo/Personal No.	Poistné LN/deň
1	✓	✓	1,22 ✓
2			
3			
4			

#### Prílohy \*

Príloha ďalších poistených osôb

#### Varianty pripoistení \*

Batožina  V1  V2  Storno  V1  V2

#### Typ cesty \*

Turistický  Terminovaná práca  Manuálna práca  Rizikové športy a aktivity a verejne organizované športové súťaže

Aké povolanie, činnosť alebo športové aktivity bude poistený v zahraničí vykonávať:

Dátum uzavretia/Concluded	Začiatok poistenia/Beginning of insurance	Koniec poistenia/End of insurance	Počet dní/Days (príloha dňa uzavretia a konca poistenia)
15.02.2013	18.02.2013	18.02.2013	1

#### Územná platnosť \*

Európa, Tunisko, Turecko, Kanárské ostrovy, Maroko, Izrael, Egypt   
Svet

#### Nachádza sa poistená osoba na území Slovenskej republiky? \*

Áno  Nie

Ak sa poistená osoba nenachádza na území Slovenskej republiky, nie je možné pre túto osobu poistenie uzatvoriť s výnimkou uvedenou v článku 2 bod 3. VPP - CP 2010.

#### Základ sadzby \*\* po zľave

A) LIEČEBNÉ NÁKLADY	EUR
B) Úraz	EUR
+ C) Zodpovednosť	EUR
+ D) Batožina	EUR
+ E) Meškanie batožiny	EUR
+ F) Meškanie odletu	EUR
+ G) Nepojazdné vozidlo	EUR
+ H) Storno zájazdu	EUR

#### Denné sadzby po zľave (pre všetky poistené osoby)

A) LIEČEBNÉ NÁKLADY	1,22 EUR
B) Úraz	EUR
+ C) Zodpovednosť	EUR
+ D) Batožina	EUR
+ E) Meškanie batožiny	EUR
+ F) Meškanie odletu	EUR
+ G) Nepojazdné vozidlo	EUR
+ H) Storno zájazdu	EUR
Súčet denného poistného	1,22 EUR

#### Špeciálne pripoistenie batožiny

Názov \_\_\_\_\_  
Hodnota veci \_\_\_\_\_ EUR  
Sadzba \_\_\_\_\_ EUR

Zľava 20,00 %  
 Hromadná zľava

#### Rozsah nárokov

Počet dní	Súčet zvláštného denného poistného	Špeciálne pripoistenie batožiny	Čekovú poistbu k úhradu
1	1,22		1,22 EUR

A) k liečebným nákladom  
a) Poistná suma za jednu a zároveň všetky poistné udalosti poistennej osoby, ktoré nastali v dobe trvania poistenia 100 000,- EUR.  
B) k úrazovému pripoisteniu  
a) Poistná suma pre prípad trvalých následkov úrazu 6 640,- EUR.  
b) Poistovateľ je povinný poskytnúť poistné plnenie pokiaľ ocenenie trvalých následkov dosiahne minimálne 10 %.  
c) Poistná suma pre prípad smrti spôsobenej úrazom 3 320,- EUR.  
d) Plnenie denného odškodného za liečenie úrazu 3,32 EUR.  
e) Poistovateľ poskytne plnenie denného odškodného, ak doba liečenia úrazu dosiahne v pracovnej neschopnosti min. 29 dní.  
f) Maximálna doba liečenia, za ktorú poistovateľ vypláti plnenie je 365 dní.  
C) k pripoisteniu zodpovednosti za škodu  
a) Poistná suma za škody spôsobené na zdraví 16 600,- EUR.  
b) Poistná suma za škody spôsobené na majetku 6 640,- EUR.  
c) Spolučasť poisteného 3 % z poistnej udalosti, min. však 16,60 EUR.  
D) k pripoisteniu batožiny  
a) Poistná suma variant V1: 330,- EUR alebo variant V2: 1 000,- EUR.  
b) Spolučasť poisteného 3 % z poistnej udalosti, min. však 16,60 EUR.  
E) k špeciálnemu pripoisteniu batožiny  
a) Poistná suma je poistená hodnota veci maximálne však 1 700,- EUR.  
b) Hodnota veci musí byť preukázaná pri podpise zmluvy doložením kópie nadobúdacieho dokladu, v opačnom prípade môže byť poistné plnenie znížené až o 70 %.  
c) Spolučasť poisteného 10 % z poistnej udalosti, min. však 30,- EUR.  
F) k pripoisteniu meškania batožiny  
a) Poistná suma pre prípad meškania batožiny 4 až 12 hodín 50,- EUR, 12 až 24 hodín 100,- EUR a pre meškanie dlhšie ako 24 hodín 150,- EUR.  
G) k pripoisteniu meškania odletu  
a) Poistná suma pre prípad meškania odletu 12 až 24 hodín 50,- EUR a pre meškanie dlhšie ako 24 hodín 200,- EUR.  
H) k pripoisteniu nepojazdného vozidla  
a) Poistná suma pre náhradu cestovných nákladov a nákladov na ubytovanie 170,- EUR/osoba a maximálne 700,- EUR/ spolu na jednu poistnú udalosť.  
b) Poistná suma za náhradu nepojazdného vozidla do najbližšieho servisu, schopného vozidla opraví max. 350,- EUR.  
I) k pripoisteniu storna zájazdu  
a) Poistná suma variant V1: 500,- EUR alebo variant V2: 1 000,- EUR.  
b) Spolučasť poisteného 20 %, min. však 16,60 EUR.  
c) Poistovateľ uhradí poistnému 80 % z výšky storno poplatku, na ktorý vznikol cestovnej kancelárii nárok z dôvodu odstúpenia poistnej osoby od zmluvy o obstaraní zájazdu.

#### Prehlásenia

Poistníka  
Poistník prehlasuje, že:  
- bol oboznámený s obsahom poistnej zmluvy a jej neoddeliteľných súčastí, s rozsahom nárokov z nej vyplývajúcich, súhlasí s uzavretím poistnej zmluvy a súčasne potvrdzuje jej prevzatím,  
- všetky údaje vrátane osobných údajov a odpovede na písomné otázky poistovateľa uvedené v poistnej zmluve týkajúcej sa poistenia sú pravdivé a úplné,  
- bol oboznámený s menom/názvom a sídlom/trvalým pobytom sprostredkovateľa tohto poistenia,  
- bol poučený na základe zákona o ochrane osobných údajov č. 428/2002 Z. z. v platnom znení o svojej povinnosti v zmysle § 47 zákona č. 8/2008 Z. z. o poisťovníctve (ďalej len „zákon o poisťovníctve“) poskytnúť poistovateľovi pre účel tohto poistenia svoje osobné údaje a súhlasí s ich spracovaním v rozsahu podľa článku 13 bodov e, a, b, VPP - CP 2010,  
- je si vedomý svojej povinnosti oboznámiť osobu, v prospech ktorej dojednáva cestovné poistenie so všetkými vyššie uvedenými zákonnými a zmluvnými právami a povinnosťami.  
Na dôkaz súhlasu poistník pripája svoj podpis. \_\_\_\_\_  
V \_\_\_\_\_, dňa 15. 2. 2013

Sprostredkovateľa poistenia  
Sprostredkovateľ poistenia prehlasuje, že:  
- sa práuokázal poisťovníkovi/poistenému svojim menom/názvom a sídlom/trvalým pobytom a dokladom poistovateľa o poverení konáť v jeho mene,  
- použil poisteného/poistníka ako dotknutú osobu o existencii jej práv a povinností podľa zákona o ochrane osobných údajov a zákona o poisťovníctve,  
- vykonal v súlade so zákonom o poisťovníctve identifikáciu účastníkov poistnej zmluvy, ktorú pred ním vlastnoručne podpísal, čím došlo k jej uzatvoreniu k vyššie uvedenému dátumu.  
Neoddeliteľnou súčasťou tejto poistnej zmluvy sú Všeobecné poistné podmienky pre cestovné poistenie VPP - CP 2010.

Podpis sprostredkovateľa poistenia \_\_\_\_\_  
Podpis poistníka \_\_\_\_\_

\* označte krížikom \*\* nahodíacie sa škrtnite

**INSTRUCTIONS POUR LES ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ**  
 La Compagnie d'Assurance ČSOB Poistovňa, a. s. au siège en République Slovaque, s'engage à vous rembourser par l'intermédiaire de son Service d'Assistance les dépenses reliées avec les soins médicaux ou avec l'hospitalisation de l'assuré dans le cas d'une maladie urgente ou d'un accident. L'assuré est une personne laquelle présentera les documents délivrés par la Compagnie d'Assurance ČSOB Poistovňa, a. s. (carnet de l'assurance en voyages ou la carte de l'assuré pour l'assurance en voyages) et son passeport.  
 Vous pouvez vous adresser aussi au Service d'Assistance n'importe quand au cas de n'importe quelles doutes ou questions concernant la couverture d'assurance.  
 Nous vous demandons à la fois de bien vouloir remplir le formulaire Atestatio medici pour pouvoir revendiquer l'aliment à la police d'assurance.

**L'étendue des aliments à la police d'assurance:**  
 — les soins médicaux  
 — l'hospitalisation  
 — les remèdes ordonnés par le médecin par rapport au sinistre  
 — le transport à l'établissement de santé le plus proche et de retour  
 — rapatriement  
 — l'appel au gardien

**Les licencements de l'assurance:**  
 C'est le Service d'Assistance qui vous fera savoir la liste des licencements de l'assurance des dépenses curatives.

**INSTRUCCIONES PARA INSTITUCIONES SANITARIAS**  
 ČSOB Poistovňa, a. s. (Casa de seguros, S.A.) con la sede en la República Eslovaca, se obliga a cubrirles por medio de su servicio de asistencia los gastos unidos con asistencia, medicación o hospitalización del asegurado en caso de enfermedad aguda o accidente. Asegurado es la persona que presentará los documentos extendidos por ČSOB Poistovňa, a. s. (libro de aseguración de viajes o confirmación de aseguración de viajes o la tarjeta del asegurado para la aseguración de viajes) y el documento de viaje.  
 Hacia el servicio de asistencia puede Ud. dirigir su atención también cuando quiera en caso de cualesquiera dudas o preguntas que se tratan de cobertura asegurada.  
 Al mismo tiempo les solicitamos de llenar el formulario Atestatio medici para que podría pretender el cumplimiento de aseguración.

**Extención de aseguración:**  
 — asistencia médica  
 — estancia en el hospital (hospitalización)  
 — los medicamentos recetados por el médico en relación con el acontecimiento de aseguración.  
 — el transporte en la institución sanitaria más cercana y para atrás  
 — repatriación  
 — aseguramiento de hacer venir a la persona para asistir al enfermo

**Exklusiones de aseguración:**  
 La lista de exklusiones de aseguración de los gastos de asistencia les anunciará el servicio de asistencia.

**ISTRUZIONI PER L'IMPIANTI SANITARI**  
 Istituto d'Assicurazione ČSOB Poistovňa, a. s., sede in Repubblica Slovacca, si obbliga a restituire Vi mediante il servizio d'assistenza le spese collegate con assistenza medica, cura oppure ricovero in ospedale d'assicurato in caso di malattia o infortunio.  
 Assicurato sarà la persona che fa a vedere i documenti rilasciati da ČSOB Poistovňa, a. s. (libretto per assicurazione di viaggio oppure conferma su assicurazione di viaggio oppure la carta d'assicurato) e documento di viaggio.  
 Al servizio d'assistenza si potete rivolgervi in caso qualunque dubbi oppure domande di copertura d'assicurazione.  
 Vi chiediamo di compilare di Atestatio medici per aver di potere chiedere la realizzazione d'assicurazione.

**Campo d'assicurazione:**  
 — aiuto medico  
 — soggiorno in ospedale  
 — medicinali ordinari dal medico in caso d'assicurazione  
 — trasporto al centro medico più vicino ed all'indietro  
 — repatriazione  
 — chiamata al custodia

**Serrate d'assicurazione:**  
 La lista delle serrate d'assicurazione delle spese mediche Vi conferma il servizio d'assistenza.

V prípade potreby lekárskeho ošetrovania, prípadne využitia ďalších asistenčných služieb v zahraničí, kontaktujte

In case of a medical treatment claim  
 or any other assistance need abroad, call

## ČSOB Poist'ovňa ASSISTANCE NON STOP

Tel.: +421-2-444 500 50  
 Fax: +420-2-830 02 850

### ATESTATIO MEDICI (Atestatio medici)

Meno chorého/Nomen aegroti		Narodený/Natus	
Diagnóza/Diagnosis			
liečba/Therapia			
ospitalizovaný kde/Hospitalisation in usque ad diem		Odo dňa/a die         2   0	Až do/usque ad diem         2   0
kračovanie doma/Aegrotus domo in lectu affixus		Odo dňa/a die         2   0	Až do/usque ad diem         2   0
in/Die         2   0	Podpis lekára/Nomen medici	Podpis a pečiatka/Sigillium, Nomen medici	
Z TEJTO VYPLNENEJ LEKÁRSKEJ SPRÁVY NIE JE MOŽNÉ REALIZOVAŤ POISTNÉ PLNENIE.			

VYPLNI LEKAR! / AUSGEFÜLLT VOM ARZTI / PHYSICIAN SHOULD FILL IN! / REMPLIRE PAR MEDICIN!

ČSOB Poistovňa, a. s., Vajnorská 100/B, 831 04 Bratislava, Slovenská republika  
 Zapísaná v OR OS Bratislava I., odd. Sa, vl. č. 444/B, IČO: 31 325 416  
 Poštová adresa: P. O. Box 20, 820 09 Bratislava 29  
 Infolinka ČSOB Poistovňa: 0850 111 303, E-mail: infolinka@csob.sk  
 www.csob.sk



## Cestovné poistenie

Potvrdenie

Poistený			
Priezvisko/Surname	Meno/Given name	Rodné číslo/Personal No.	Č. poistnej zmluvy/Contract number
			3 0 0 4 1 9 4 5 3 4

Platnosť poistenia		
Dátum uzavretia/Concluded	Začiatok poistenia/ Beginning of insurance	Koniec poistenia/End of insurance
1 5 0 2 2 0 1 3	1 8 0 2 2 0 1 3	1 8 0 2 2 0 1 3
..... podpis za ČSOB Poistovňa, a. s.		

**POKYNY PRE KLIANTA PRE PRÍPAD POISTNEJ UDALOSTI**  
 Cestovné poistenie sa vzťahuje na úhradu nevyhnutných nákladov na ošetrovanie poisteného, ktorému sa behom trvania poistenia musel podrobiť v dôsledku úrazu či akútnej choroby.

**Týmito nákladmi sa rozumie:**

- lekárske ošetrovanie,
- pobyt v nemocnici,
- lieky predpísané lekárom v súvislosti s poistnou udalosťou,
- transport, preprava do najbližšieho zdravotníckeho zariadenia a späť,
- repatriácia,
- privolanie sprevádzajúcej osoby.

Preštudujte si dôkladne všeobecné poistné podmienky pre cestovné poistenie platné a účinné ku dňu uzatvorenia poistnej zmluvy (ďalej len VPP — CP). Vaše poistenie počas pobytu v zahraničí vychádza z maximálnej poistnej sumy, ktorej hodnota je uvedená na poistnej zmluve a je limitom plnenia ČSOB Poistovne, a. s. Ďalšie údaje týkajúce sa poistenia sú rovnako špecifikované poistnou zmluvou.

V prípade úrazu alebo akútneho ochorenia, ktoré si vyžaduje lekárske ošetrovanie či hospitalizáciu v zahraničí, vždy kontaktujte telefonicky asistenčnú službu ČSOB Poistovne, a. s., a to buď bezprostredne po vzniku poistnej udalosti alebo hneď, ako to bude možné, prípadne poverte osobu blízku.

Telefónne číslo asistenčnej služby nájdete na druhej strane tohto potvrdenia (\* na začiatku tel. čísla nahradzte medzinárodným kódom zeme, v ktorej bývate, pre väčšinu európskych zemí je tento kód „00“). Asistenčná služba je Vám k dispozícii 24 hodín denne, 365 dní v roku s možnosťou komunikácie v slovenskom alebo českom jazyku.

**Operátorovi asistenčnej služby, prosím, nahláste:**

- meno a priezvisko poisteného, rodné číslo,
- číslo poistnej zmluvy,
- dôvod, prečo asistenčnú službu kontaktujete,
- telefónne číslo, na ktorom je Vás možné späťne kontaktovať.

Pri styku so zahraničným zdravotným zariadením ste povinný vždy preukázať doklady vydané ČSOB Poistovňou, a. s. a cestovný doklad k preukázaniu totožnosti.

**Povinnosti poisteného:**

- a) V prípade, že za Vás úhradu uskutočňuje asistenčná služba, musíte poistnú udalosť písomne ohlásiť bez zbytočného odkladu po návrate do SR na formulári „Oznámenie poistnej udalosti“.
- b) V prípade, že úhradu uskutočňujete sami v hotovosti, musíte poistnú udalosť písomne ohlásiť bez zbytočného odkladu po návrate do SR na formulári „Oznámenie poistnej udalosti“. Tieto náklady Vám budú preplatené ČSOB Poistovňou, a. s. v slovenskej mene; je potrebné priložiť originálne doklady o zaplatení a ošetrovaní.
- c) Nechajte si vždy vyplniť od lekára formulár „Atestatio medici“, ktorý je súčasťou tohto tlačiva a asistenčného zošita.

Bez splnenia vyššie uvedených povinností a povinností uložených vo VPP — CP Vám nevznikne nárok na preplatenie nákladov spojených s poistnou udalosťou.

**ADVICE REGARDING HEALTH ARRANGEMENTS**

ČSOB Poistovňa, a. s. with a registered office in the Slovak Republic is obliged to pay you through its assistance service expenses in connection with attendance, treatment, or hospitalisation of the insured in case of acute disorders or injuries. The insured is the person who presents documents issued by ČSOB Poistovňa, a. s. (a booklet of travel insurance or confirmation of travel insurance or card of the insured for travel insurance). You can appeal to the assistance service at any time in case of any queries or questions concerning insurance coverage. At the same time we ask you to fill in the Atestatio medici blank form in order to claim for insred benefit.

**Insurance Extent:**

- medical treatment
- stay in a hospital (hospitalisation)
- drugs prescribed by a physician in connection with the insurance event

- transport, removal to the nearest health centre and back
- repatriation
- guardian call in

**Insurance Exclusion:**

The assistance service will inform you of the list of curative expenses insurance exclusions.

**HINWEISE FÜR GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN**

Die ČSOB Poistovňa, a. s. mit Sitz in der Slowakische Republik verpflichtet sich, Ihnen durch Vermittlung ihres Assistenzdienstes die mit der Behandlung, Heilung oder Einweisung des Versicherten in ein Krankenhaus, im Falle einer akuten Erkrankung oder eines Unfalls, verbundenen Kosten zurückzuerstatten. Der Versicherte ist die Person, durch die die von der ČSOB Poistovňa, a. s. ausgestellten Belege (Buch zur Reiseversicherung oder Bestätigung über die Reiseversicherung oder Karte des Versicherten für die Reiseversicherung) zusammen mit dem Reisedokument vorgewiesen werden. An den Assistenzdienst können Sie sich ebenfalls im Fall irgendwelcher Zweifel oder Fragen, betreffend der Versicherungsdeckung wenden. Gleichzeitig bitten wir Sie, die Formulare Attestatio medici auszufüllen, damit die Versicherungsleistung beansprucht werden kann.

**Versicherungsumfang:**

- ärztliche Behandlung
- Krankenhausaufenthalt (Krankeneinweisung)
- Im Zusammenhang mit Versicherungsfall vom Arzt verordnete Medikamente
- Transport, Beförderung in die nächstgelegene Gesundheitseinrichtung und zurück
- Repatriierung
- Herbeirufen eines Pflegers

**Ausschluss von der Versicherung:**

Die Liste der Ausschlüsse von der Artzkostenversicherung wird Ihnen durch den Assistenzdienst.

## Oznámenie poistnej udalosti

Meno a priezvisko		Rodné číslo	Štátna príslušnosť	Číslo poistnej zmluvy 3 0 0 4 1 9 4 5 3 4
Adresa (ulica, mesto, PSČ)				Telefón
Dátum odchodu 2 0	Dátum príchodu 2 0	Dátum poistnej udalosti 2 0	Hodina poistnej udalosti	Organizátor vašej cesty (cestovná kancelária, podnik, individuálne)
Popis vzniku poistnej udalosti			Miesto vzniku poistnej udalosti	Štát a jeho mena
Označte úkony, vzťahujúce sa k vašej poistnej udalosti				
<input type="checkbox"/> ošetrovanie <input type="checkbox"/> lieky <input type="checkbox"/> hospitalizácia <input type="checkbox"/> repatriácia <input type="checkbox"/> transport <input type="checkbox"/> úraz <input type="checkbox"/> privolanie sprevádzajúcej osoby <input type="checkbox"/> batohina <input type="checkbox"/> zodpovednosť za škodu <input type="checkbox"/> stromo-zhazdu <input type="checkbox"/> iné				
Kontakt s asistenčnou službou ČSOB Poistovne, a. s. došlo k: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> nie		Dňa 2 0	Ako bolo K platbe <input type="checkbox"/> v hotovosti <input type="checkbox"/> neplatené <input type="checkbox"/> neplatené, prikladám fakturu	
Poistné plnenie žiadam na účet	Kód banky	Poistné plnenie poukážte na adresu		
PREHLASUJEM, ŽE VŠETKY ÚDAJE V TOMTO OZNÁMENÍ SÚ PRAVDIVÉ A ÚPLNÉ.				Dňa 2 0 ..... podpis poisteného (zákonného zástupcu alebo oprávnenej osoby)