

Poistovňa
Poistovateľ: Union poistovňa, a. s., Karadžičova 10, 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 003 333, e-mail: union@union.sk

POISTENÝ/Í: Meno a priezvisko	Dátum narodenia	Preukaz č. *	Riziková skupina	Typ zľavy (na osobu)
1. 44 OSÔB PODĽA PRILOŽENÉHO				
2. ZOZNAMU				
3.				
4.				
5.				

* preukaz poistenca Union zdravotnej poisťovne / EURO<26, ISIC, ITIC, EYCA /

POISTNÍK (osoba, ktorá podpisuje poistnú zmluvu a platí poistné)

Meno a priezvisko/Názov	Adresa trvalého bydliska/Adresa sídla	Rodné číslo/IČO	Telefónne číslo	E-mailová adresa
SOS PODNIKANIA A SLUŽEB KOMENSKÉHO 16, 0824 LIPANY		00159446		
Korešpondenčná adresa (adresa, na ktorú sa doručujú písomnosti)				

Na uvedené osoby sa vzťahuje

Platnosť poistenia	Od 4. 6. 2024	Do 4. 6. 2024	Na 1 deň/dni/dní
--------------------	---------------	---------------	------------------

<input type="checkbox"/> poistenie	poistná suma	Krajina pobytu
<input type="checkbox"/> poistenie liečebných nákladov v zahraničí a asistenčné služby v zahraničí		SLOVENSKO
<input type="checkbox"/> poistenie všeobecnej zodpovednosti za škodu		Územná platnosť poistenia
<input checked="" type="checkbox"/> úrazové poistenie	uvedená v prílohe k poistnej zmluve typu 701/702 **	SLOVENSKO
<input type="checkbox"/> poistenie nákladov na technickú pomoc pri záchrannnej akcii		Typ zľavy (na zmluvu)
<input checked="" type="checkbox"/> poistenie nákladov na zásah Horskej záchrannej služby		KOLEKTÍV OD 15 OSÔB
<input type="checkbox"/> poistenie batožiny		POISTNÉ SPOLU
	EUR	34,89 EUR

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

Druh poistného	jednorazové	Splatnosť poistného	naraz
Spôsob platby	č. inkasného bloku	Dátum splatnosti	platnosť poistenia od 4. 6. 2024

Individuálne cestovné poistenie sa riadi Všeobecnými poistnými podmienkami individuálneho cestovného poistenia VPPICP/0619, ktoré sú k dispozícii na kontaktných miestach poisťovateľa, na www.union.sk a na kontaktných miestach sprostredkovateľa.

Poistník svojim podpisom potvrdzuje,

- že všetky ním uvedené údaje sú úplné a pravdivé.
- že mu boli oznámené Všeobecné poistné podmienky individuálneho cestovného poistenia VPPICP/0619.
- že vyššie uvedené poistené osoby mu dali súhlas na poskytnutie ich osobných údajov poisťovateľovi.
- že prevzal brožúru s názvom „Individuálne cestovné poistenie“, ktorá obsahuje prílohu k poistnej zmluve typu 701/702 s názvom „Rozsah poistenia a výška poistného krytia pre individuálne cestovné poistenie“, v ktorej je uvedený obsah jednotlivých poistení, poistné krytie a poistné sumy a Základné informácie o ochrane osobných údajov pre dotknutú osobu. Zároveň svojim podpisom potvrdzuje, že sa oboznámil s jej obsahom a že s ním súhlasí.
- že mu bol pred uzavretím poistnej zmluvy odovzdaný Informačný dokument o poistnom produkte pre Individuálne cestovné poistenie.
- že dáva poisťovateľovi súhlas na vyhotovenie zvukových záznamov z telefonických rozhovorov na telefonných číslach uvedených v Pokynoch pre poistníka.

SÚHLAS SO SPRACÚVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV NA ÚČELY MARKETINGOVÝCH AKTIVÍT

SÚHLASÍM, ABY MI UNION POISTOVŇA, A. S. AKO AJ UNION ZDRAVOTNÁ POISTOVŇA, A. S., ZASIELALI NOVINKY A INFORMÁCIE O VÝHODÁCH, ZĽAVÁCH, PRODUKTOCH A SLUŽBÁCH
Udelením tohto súhlasu súhlasíte s tým, aby Vaše osobné údaje v rozsahu meno, priezvisko, titul, adresa trvalého pobytu, kontaktná adresa, telefónne číslo a e-mailová adresa boli spracúvané spoločnosťami Union poistovňa, a. s., Union zdravotná poisťovňa, a. s. a aj ich prípadnými dcérskymi spoločnosťami, na účely marketingových aktivít. Súčasne súhlasíte s použitím Vášho 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 5 rokov po ukončení platnosti poistnej zmluvy

Podpis poistníka

podpis a pečiatka poisťovateľa / sprostredkovateľa

V LIPANOCH

dňa 5. 6. 2024

Mandátna zmluva / Zmluva o obchodnom zastúpení č.

Meno ziskateľa

Pobočka

Číslo ziskateľa / Panel