

**Poistovateľ:** Union poisťovňa, 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. <b>24 OSÔB PODĽA PRÍLOŽENÉHO</b>				
2. <b>ZOZNAMU</b>				
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
<b>SOŠ PODNIKANIA A SLUŽIEB</b>	<b>KOMENSKÉHO 16, 082 41 LIPANY</b>	<b>00159446</b>		
Korešpondenčná adresa (adresa, na ktorú sa doručujú písomnosti)				

**Na uvedené osoby sa vzťahuje**

Platnosť poistenia	Od <b>10. 2. 2025</b>	Do <b>14. 2. 2025</b>	Na <b>5</b> deň/dni/dní
--------------------	-----------------------	-----------------------	-------------------------

<input type="checkbox"/> poistenie	poistná suma  uvedená v prílohe k poistnej zmluve typu 701/702 **  <b>1000,00</b> EUR poistná suma za 1 vec, spoluúčasť a sublimity sú uvedené v prílohe k poistnej zmluve typu 701/702 **	Krajina pobytu <b>SLOVENSKO</b> Územná platnosť poistenia  Typ zľavy (na zmluvu) <b>KOLEKTÍV OD 15 OSÔB</b> <b>POISTNÉ SPOLU</b> <b>151, 20</b> EUR
<input type="checkbox"/> poistenie liečebných nákladov v zahraničí a asistenčné služby v zahraničí		
<input checked="" type="checkbox"/> poistenie všeobecnej zodpovednosti za škodu		
<input checked="" type="checkbox"/> úrazové poistenie		
<input type="checkbox"/> poistenie nákladov na technickú pomoc pri záchrannnej akcii		
<input checked="" type="checkbox"/> poistenie nákladov na zásah Horskej záchrannej služby		
<input checked="" type="checkbox"/> poistenie batožiny		

\*\* 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 <b>10. 2. 2025</b>

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 telefónnych číslach uvedených v Pokynoch pre poistených v brožúre s názvom „Individuálne cestovné poistenie“, v prípade vzniku poistnej udalosti týkajúcej sa poisteného v zmysle § 12 ods. 1 zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov.
- že tieto vyhlásenia neboli urobené pod nátlakom ani v časovej tiesni alebo za iných nevýhodných podmienok.
- že mu bol pred uzavretím poistnej zmluvy odovzdaný Informačný dokument o poistnom produkte pre Individuálne cestovné poistenie.

**SÚHLAS SO SPRACÚVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV NA ÚČELY MARKETINGOVÝCH AKTIVÍT**

SÚHLASÍM, ABY MI UNION POISŤOVŇA, A. S. AKO AJ UNION ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA, 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 poisťovňa, 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. Poskytnutie osobných údajov na uvedené účely nie je povinné. Tento súhlas je možné kedykoľvek písomne odvolať, pričom odvolanie nemá spätné účinky.

☐ áno (súhlasím) ☒ nie (nesúhlasím)

Mandátna zmluva / Zmluva o obchodnom zastúpení č.

Meno získateľa

Pobočka

Číslo získateľa / Panel