



Poistovňa

POISTNÁ ZMLUVA
INDIVIDUÁLNE CESTOVNÉ POISTENIE

Číslo poistnej zmluvy 22408915

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/I: Meno a priezvisko | Dátum narodenia | Preukaz č. * | Riziková skupina | Typ zľavy (na osobu) |
|-------------------------------|-----------------|--------------|------------------|----------------------|
| 1. 15 OSŮB PODĽA PRÍLOŽENÉHO | | | | |
| 2. ZDŇAMU | | | | |
| 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 |
|---|---------------------------------------|-----------------|-----------------|------------------|
| HOTELOVÁ AKADEMIA | ŠTEFÁNIKOVA 28, 066 01 HUHENNE | 14048393 | | |
| Korešpondenčná adresa (adresa, na ktorú sa doručujú písomnosti) | | | | |

Na uvedené osoby sa vzťahuje

| Platnosť poistenia | Od 10.2.2025 | Do 14.2.2025 | Na 5 deň/dni/dní |
|--------------------|--------------|--------------|------------------|
|--------------------|--------------|--------------|------------------|

| | | | |
|-------------------------------------|---|---|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | poistenie | poistná suma | Krajina pobytu |
| <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 záchrannej akcii | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | poistenie nákladov na zásah Horskej záchrannej služby | uvedená v prílohe k poistnej zmluve typu 701/702 ** | Územná platnosť poistenia |
| <input checked="" type="checkbox"/> | poistenie batožiny | 1000,00 EUR poistná suma za 1 vec, spoluúčasť a sublimity sú uvedené v prílohe k poistnej zmluve typu 701/702 ** | Typ zľavy (na zmluvu) |
| | | | POISTNÉ SPOLU |
| | | | 105,00 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 10.2.2025 |

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 svojím 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 svojím 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 formulár o jednotlivých zložkách poistného.

SÚHLAS SO SPRACOVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV NA ÚČELY
MARKETINGOVÝCH AKTIVÍTSÚHLASÍM, ABY MI UNION POISŤOVŇA, A. S. AKO AJ UNION
ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA, A. S., ZASIELALI NOVINKY A INFORMÁ-
CIE O VÝHODÁCH, ZĽAVÁCH, PRODUKTOCH A SLUŽBÁCH

Udelením tohto súhlasu súhlasíte s tým, aby Vaše osobné údaje
v rozsahu meno, priezvisko, titul, adresa trvalého pobytu, kon-
taktná 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 mar-
ketingových aktivít. Súčasne súhlasíte s použitím Vášho telefón-
neho 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 od-
volanie nemá spätné účinky.

☐ áno (súhlasím) ☒ nie (nesúhlasím)

Podpis poistníka

Podpis poistníka

podpis a pečiatka poisťovateľa / sprostredkovateľa

v HUHENNE dňa 5.2.2025

Mandátna zmluva / Zmluva o obchodnom zastúpení č.

Meno získateľa

Pobočka

Číslo získateľa / Panel

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|