

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 111 211, e-mail: union@union.sk

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

* preukaz poistenca UNION zdravotnej poisťovne / EURO<26, ISIC, ITIC, EYCA / člen OZPPaP

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
<i>STREDNÁ ODBORNÁ ŠKOLA SLÁDKOVIČOVA 120,069015NINA</i>	<i>34848244</i>			
Korešpondenčná adresa (adresa, na ktorú sa doručujú písomnosti)				

Na uvedené osoby sa vzťahuje

Platnosť poistenia	Od <i>20.6.2022</i>	Do <i>24.6.2022</i>	Na <i>2</i> deň/dni/dní
--------------------	---------------------	---------------------	-------------------------

<input type="checkbox"/> poistenie	poistná suma uvedená v prílohe k poistnej zmluve typu 701/702 ** <i>1000,-</i> EUR poistná suma za 1 vec, spoluúčast' a sublimity sú uvedené v prílohe k poistnej zmluve typu 701/702 **	Krajina pobytu <i>SLOVENSKO</i>
<input type="checkbox"/> poistenie liečebných nákladov v zahraničí a asistenčné služby v zahraničí		Územná platnosť poistenia <i>SLOVENSKO</i>
<input checked="" type="checkbox"/> poistenie všeobecnej zodpovednosti za škodu		Typ zľavy (na zmluvu) <i>KOLEKTÍV OD 15 OSÔB</i>
<input checked="" type="checkbox"/> úrazové poistenie		POISTNÉ SPOLU <i>44,88</i> EUR
<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 <i>20.6.2022</i>

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.

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. 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)

Podpis poistníka

Podpis poistníka

podpis a pečiatka poisťovateľa / sprostredkovateľa

V _____ dňa _____ o _____

Mandátna zmluva / Zmluva o obchodnom zastúpení č.

Meno ziskateľa

Pobočka

Číslo ziskateľa / Panel

_____-_____-_____-_____-_____-_____-

_____-_____-_____-_____-_____-_____-

_____-_____-

_____-_____-_____-_____-_____-_____-