



629/2014

**Krátkodobé cestovné poistenie**  
Poistná zmluva číslo 2405670550

**Poistený:**

<b>Meno a priezvisko, titul:</b>	<b>Rodné číslo:</b>	<b>E-mail:</b>	<b>Tel.číslo:</b>	<b>Rozšírené krytie:</b>
František Botka Ing.				<input type="checkbox"/> Šport <input type="checkbox"/> Manuálna práca <input type="checkbox"/> Senior

**Poistník:**

<b>Meno a priezvisko, titul / Názov</b>	<b>Rodné číslo/ IČO:</b>	<b>Druh a číslo ID:</b>	<b>Št. príslušnosť:</b>	<b>E-mail:</b>	<b>Tel.číslo:</b>
Mesto Šaľa	00306185		SVK		0317705981
<b>Adresa trv. pobytu / Sídlo</b>			<b>Korešp. adresa:</b>		
Nám. Sv. Trojice 7, Šaľa 92701					

**Súhlas poistníka so zaslaním poistných podmienok elektronicky:**

Svojím podpisom na tejto poistnej zmluve potvrdzujem, že som sa oboznámil s príslušnými poistnými podmienkami v rozsahu v akom sa na dojednané poistenie vzťahujú a súhlasím s ich zaslaním na uvedenú funkčnú e-mailovú adresu:  ÁNO  NIE

**Súhlas poistníka so zasielaním písomností elektronicky:** Súhlasím so zasielaním písomností elektronicky na uvedenú funkčnú e-mailovú adresu v súlade s príslušnými poistnými podmienkami a zároveň potvrdzujem, že som si vedomý toho, že mi poisťovateľ môže zasielať písomnosti elektronicky, s výnimkou písomností, na ktorých prevzatie je potrebný môj podpis alebo pri ktorých z ich povahy vyplýva nevyhnutnosť doručiť ich inak ako prostredníctvom e-mailu:  ÁNO  NIE

**Začiatok poistenia: Koniec poistenia: Počet dní: Počet poistených osôb: Územná platnosť poistenia:**

04.08.2017	05.08.2017	2	1	Európa
------------	------------	---	---	--------

**Rozsah poistenia pre každého poisteného v zmysle Osobitných poistných podmienok pre cestovné poistenie OPP CP 16:**

<b>Základné poistenie: Plus</b>		<b>Poistná suma</b>
<b>Poistenie liečebných nákladov</b>	maximálna poistná suma pre všetky poistné plnenia podľa časti II, čl.3, písm. a) až l) VPP CP 16	200 000 EUR
	ambulantné ošetrovanie, predpísané lieky, hospitalizácia, preprava do zdravotníckeho zariadenia, repatriácia poisteného, repatriácia telesných pozostatkov (podľa časti II, čl.3, ods.1, písm.a) až f) VPP CP 16)	do 100%
	ambulantné ošetrovanie zubov (podľa časti II, čl.3, ods.1, písm.g) VPP CP 16)	150 EUR na 1 poistnú udalosť (max. 300 EUR za poistné obdobie)
	dopravu nepľnoletých poistených detí do miesta ich bydliska a cestu ich opatrovateľa (podľa časti II, čl.3, ods.1, písm.h) VPP CP 16)	1 700 EUR
	návrat jednej spolupoistenej osoby (podľa časti II, čl.3, ods.1, písm.i) VPP CP 16)	100%
	doprava a ubytovanie opatrovníka nepľnoletého poisteného (podľa časti II, čl.3, bod 1, ods. j) VPP CP 16)	1 400 EUR 120 EUR/noc, (max. 3 noci)
	doprava a ubytovanie príbuzného (návšteva chorého) (podľa časti II, čl.3, ods.1, písm.k) VPP CP 16)	1 400 EUR
	denné nemocničné dávky (podľa časti II, čl.3, bod 1, ods.l) VPP CP 16)	17 EUR / deň
<b>Poistenie pátrania a záchranu</b>	náklady na záchrannú činnosť mimo územia Slovenskej republiky (podľa časti III, čl.4, ods.2 a 3 VPP CP 16)	7 000 EUR
<b>Poistenie zodpovednosti za škodu</b>	škody na zdraví alebo veci (podľa časti VII., čl.1 VPP CP 16)	50 000 EUR
<b>Úrazové poistenie</b>	trvalé následky úrazu (podľa časti IV, čl.6 VPP CP 16)	10000 EUR
	smrť úrazom (podľa časti IV, čl.5 VPP CP 16)	5000 EUR
<b>Asistenčné služby</b>	nepretržitá pomoc v naliehavých situáciách (podľa časti I.	áno



**Poistné:**

Základné krytie:	počet osôb: 1	3,60 EUR
<b>Poistné celkom:</b>	<b>jednorazové poistné</b>	<b>3,60 EUR</b>

**Číslo účtu na príjem poistného: 0048134112 / 0200 (IBAN: SK35 0200 0000 0000 4813 4112 BIC/SWIFT kód: SUBASKBX), variabilný symbol je číslo poistnej zmluvy**

**Záverečné ustanovenia a vyhlásenia**

Pre poistenie uzavreté touto poistnou zmluvou platia Všeobecné poistné podmienky pre cestovné poistenie VPP CP 16 (ďalej len „VPP CP 16“) a Osobitné poistné podmienky pre cestovné poistenie OPP CP 16 (ďalej len „OPP CP 16“), ktoré sú jej neoddeliteľnou súčasťou. Podpisom tejto poistnej zmluvy potvrdzujem, že som sa oboznámil s VPP CP 16 a OPP CP 16, súhlasím s nimi a obdržal som ich vyhotovenie, a že mi boli oznámené informácie podľa § 792a Občianskeho zákonníka. Svojim podpisom potvrdzujem, že všetky osobné údaje ako aj ostatné údaje uvedené v poistnej zmluve sú úplné a pravdivé a že som nezamietal žiadnu skutočnosť rozhodujúcu pre uzavretie poistnej zmluvy. Svojim podpisom potvrdzujem, že obsah poistnej zmluvy mi je zrozumiteľný, vyjadruje moju slobodnú a vážnu vôľu, a na znak súhlasu poistnú zmluvu podpisujem. Podpisom tejto poistnej zmluvy potvrdzujem, že boli overené moje identifikačné údaje a totožnosť osobou konajúcou v mene poisťovateľa. Svojim podpisom potvrdzujem, že som uviedol a zodpovedal pravdivo, úplne a podľa svojho najlepšieho vedomia všetky zadané otázky a údaje. V prípade ak som nesúhlasil so zaslaním poistných podmienok elektronicke tak podpisom tejto poistnej zmluvy potvrdzujem, že som pred podpisom poistnej zmluvy obdržal vyhotovenie VPP CP 16, VPP OPP CP 16, VPP DOMino 11 ak sa na dojednané poistenie vzťahujú. Ďalej potvrdzujem, že mi pred uzavretím poistnej zmluvy boli písomne poskytnuté informácie o podmienkach uzavretia poistenia v zmysle Zákona o poisťovníctve v platnom a účinnom znení a že mi finančný agent sprostredkujúci poistenie poskytol informácie v súlade so zákonom č. 186/2009 Z.z. o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve v platnom znení. Svojim podpisom na tejto poistnej zmluve beriem na vedomie, že poisťovateľ je oprávnený spracúvať osobné údaje dotknutých osôb v zmysle Zákona o poisťovníctve v platnom a účinnom znení. Podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov a právach dotknutej osoby sú vo VPP CP 16, s ktorými som sa oboznámil pred podpisom tejto poistnej zmluvy. Zároveň splnomocňujem poisťovateľa, aby v mojom mene nadviazal kontakt so všetkými lekármi a zdravotníckymi zariadeniami, vyžiadal si od nich informácie o mojom zdravotnom stave, ktorých získanie a spracovanie je potrebné pre účely plnenia práv a povinností poisťovateľa vyplývajúcich z tohto právneho vzťahu ako aj z príslušných právnych predpisov. Podpisom poistnej zmluvy udeľujem poisťovateľovi súhlas so spracovaním informácií o mojom zdravotnom stave v rozsahu a na účely podľa predchádzajúcej vety, a to počas doby nevyhnutnej na zabezpečenie všetkých práv a povinností vyplývajúcich z tohto právneho vzťahu. Súčasne vyhlasujem, že som bol poistenými osobami a/alebo osobami oprávnenými k prevzatíu poistného plnenia oprávnený na uvedenie údajov o ich zdravotnom stave, a na udelenie súhlasu na ich spracúvanie, a to po dobu podľa predchádzajúcej vety.

Súhlas so spracúvaním osobných údajov na marketingové účely: Súhlasím, aby Generali Poisťovňa, a. s. spracúvala moje osobné údaje v rozsahu meno, priezvisko, adresa, dátum narodenia, e-mail a telefónne číslo na účely marketingových činností poisťovateľa, sprostredkovateľov poistenia a spoločností patriacich do skupiny Generali (napr. ponuka produktov, súvisiacich služieb, prieskum spokojnosti klientov, ponuka účasti v súťažiach a anketách), a to počas trvania zmluvného vzťahu s poisťovateľom a po dobu jedného roka po ukončení platnosti všetkých zmluvných vzťahov s poisťovateľom. Beriem na vedomie, že mám právo na blokovanie mojich osobných údajov z dôvodu odvolania tohto súhlasu. Podrobné informácie o právach dotknutej osoby a spracúvaní osobných údajov, s ktorými som bol oboznámený, sú v príslušných poistných podmienkach ako aj na webovej stránke poisťovateľa.

ÁNO  NIE

Dátum a čas uzavretia : 02.08.2017 11:05

Podpis poistníka: .....

Podpis osoby konajúcej v mene poisťovateľa: .....



Meno / Názov sprostredkovateľa: Talajková Gabriela  
 Získateľské číslo: 80008800  
 Obchodné miesto: Šaľa