

562/2019



## Krátkodobé cestovné poistenie



predkladá tento návrh na uzavretie poisťnej zmluvy číslo: **2407055803**

### Poistený:

Meno a priezvisko, titul:	Rodné číslo:	E-mail:	Tel.číslo:	Rozšírené krytie:
Zdeněk Sciranka				<input type="checkbox"/> Šport <input type="checkbox"/> Manuálna práca <input type="checkbox"/> Senior
Miroslav Martinček				<input type="checkbox"/> Šport <input type="checkbox"/> Manuálna práca <input type="checkbox"/> Senior
Viktor Tóth				<input type="checkbox"/> Šport <input type="checkbox"/> Manuálna práca <input type="checkbox"/> Senior
Daniel Potisk				<input type="checkbox"/> Šport <input type="checkbox"/> Manuálna práca <input type="checkbox"/> Senior
Tibor Vincze				<input type="checkbox"/> Šport <input type="checkbox"/> Manuálna práca <input type="checkbox"/> Senior

### Poistník:

Meno a priezvisko, titul / Názov	Rodné číslo/ IČO:	Druh a číslo ID:	Št. príslušnosť:	E-mail:	Tel.číslo:
Mesto Šaľa	00306185		SVK	vargova@sala.sk	903649933
Adresa trv. pobytu / Sídlo			Korešp. adresa:		
Námestie Sv. Trojice 7, Šaľa 92701					

### Súhlas poisťníka so zaslaním poisťných podmienok elektronicky:

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

**Súhlas poisťníka so zasielaním písomností elektronicky:** Súhlasím so zasielaním písomností elektronicky na uvedenú funkčnú e-mailovú adresu v súlade s príslušnými poisťnými 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:**

31.08.2019	01.09.2019	2	5	Európa
------------	------------	---	---	--------

**Rozsah poistenia pre každého poisteného v zmysle Osobitných poisťných podmienok pre cestovné poistenie OPP CP 19:**

Základné poistenie: Plus	Poistná suma
<b>Poistenie liečebných nákladov</b>	
maximálna poisťná suma pre všetky poisťné plnenia podľa časti II, čl.3, písm. a) až l) VPP CP 19	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 19)	do 100%
ambulantné ošetrovanie zubov (podľa časti II, čl.3, ods.1, písm. g) VPP CP 19)	150 EUR na 1 poisťnú udalosť (max. 300 EUR za poisťné obdobie)
dopravu nepnoletých poistených detí do miesta ich bydliska a cestu ich opatrovateľa (podľa časti II, čl.3, ods.1, písm.h) VPP CP 19)	1 700 EUR
návrat jednej spolupoistenej osoby (podľa časti II, čl.3, ods.1, písm.i) VPP CP 19)	100%
doprava a ubytovanie opatrovníka nepnoletého poisteného (podľa časti II, čl.3, bod 1, ods. j) VPP CP 19)	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 19)	1 400 EUR
	denné nemocničné dávky (podľa časti II, čl.3, bod 1, ods.I) VPP CP 19)	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 19)	7 000 EUR
<b>Poistenie zodpovednosti za škodu</b>	škody na zdraví alebo veci (podľa časti VII., čl.1 VPP CP 19)	50 000 EUR
<b>Úrazové poistenie</b>	trvalé následky úrazu (podľa časti IV, čl.6 VPP CP 19)	10000 EUR
	smrť úrazom (podľa časti IV, čl.5 VPP CP 19)	5000 EUR
<b>Asistenčné služby</b>	nepretržitá pomoc v naliehavých situáciách (podľa časti I. čl.10 VPP CP 19)	áno

#### Poistné:

Základné krytie:	počet osôb: 5	17,60 EUR
Zľava za počet osôb:	25 %	4,40 EUR
Poistné po zľave za počet osôb:		13,20 EUR
Poistné celkom:		13,20 EUR
Daň:		1,06 EUR
<b>Poistné celkom s daňou:</b>	<b>jednorazové</b>	<b>14,26 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 (poistky)**

#### Záverečné ustanovenia a vyhlásenia:

Pre toto poistenie platia Všeobecné poistné podmienky pre cestovné poistenie VPP CP 19 (ďalej len „VPP CP 19“) a Osobitné podmienky pre cestovné poistenie OPP CP 19 (ďalej len „OPP CP 19“), ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou poistnej zmluvy. Poistník prijatím návrhu na uzavretie poistnej zmluvy potvrdzuje, že sa oboznámil s VPP CP 19, OPP CP 19 a VPP DOMino 11 ak sa na dojednané poistenie vzťahujú, súhlasí s nimi a obdržal ich vyhotovenie a Informácie o spracúvaní osobných údajov, a že mu boli oznámené informácie podľa § 792a Občianskeho zákonníka.

Poistník vyhlasuje a prijatím tohto návrhu na uzavretie poistnej zmluvy potvrdzuje, že všetky osobné údaje ako aj ostatné údaje uvedené v tomto návrhu na uzavretie poistnej zmluvy sú úplné a pravdivé. Poistník prijatím tohto návrhu na uzavretie poistnej zmluvy potvrdzuje, že obsah návrhu poistnej zmluvy je mu zrozumiteľný, vyjadruje jeho slobodnú a vážnu vôľu.

Prijatím tohto návrhu na uzavretie poistnej zmluvy potvrdzujem, že som uviedol a zodpovedal pravdivo, úplne a podľa svojho najlepšieho vedomia všetky zadané otázky a údaje.

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.

Beriem na vedomie, že poisťovateľ je oprávnený spracúvať osobné údaje dotknutých osôb vrátane informácií o mojom zdravotnom stave v zmysle Zákona o poisťovníctve v platnom znení. Všeobecné informácie o spracúvaní osobných údajov poisťovateľom sú v Informáciách o spracúvaní osobných údajov, ktoré sú súčasťou zmluvnej dokumentácie. Podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov, s ktorými som sa oboznámil/-a, sú uvedené na webovom sídle poisťovateľa: [www.generali.sk](http://www.generali.sk) a na pobočkách poisťovateľa.

Zároveň beriem na vedomie, že poisťovateľ môže nadviazať kontakt so všetkými lekármi a zdravotníckymi zariadeniami a vyžiadať 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

Súčasne vyhlasujem, že som bol poistenými osobami a/alebo osobami oprávnenými k prevzatiu 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 titul, meno, priezvisko, kontaktná adresa, telefónne číslo a e-mailová adresa a kontaktovala ma na účely ponúkajúceho produktov a služieb poisťovateľa a poskytovania informácií o aktivitách poisťovateľa, a to počas trvania zmluvného vzťahu s

poisťovateľom a po dobu 5 rokov od ukončenia platnosti všetkých mojich zmluvných vzťahov s poisťovateľom.

Beriem na vedomie, že tento súhlas so spracúvaním osobných údajov môžem kedykoľvek odvolať zaslaním písomného odvolania na adresu sídla poisťovateľa alebo odvolania prostredníctvom webového sídla poisťovateľa. Podrobné informácie o mojich právach ako dotknutej osoby a spracúvaní osobných údajov sú uvedené v zmluvnej dokumentácii, na webovom sídle poisťovateľa: [www.generali.sk](http://www.generali.sk).


Zároveň súhlasím s tým, že mi marketingové informácie môžu byť poskytované aj prostredníctvom automatických volacích a komunikačných systémov bez ľudského zásahu alebo elektronickej pošty vrátane služby krátkych správ v zmysle osobitných právnych predpisov (napr. zákon o reklame, zákon o elektronických komunikáciách).

ÁNO  NIE

Dátum a čas dojednania : 27.08.2019 09:57

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

Tento návrh je platný do 31.08.2019 a považuje sa za prijatý, ak bude v lehote jeho platnosti prvá splátka poistného pripísaná na účet poisťovne. Pokiaľ v tejto lehote poistné zaplatené nebude, poistenie nevznikne a nevznikne teda ani nárok na poistné plnenie.

  
Generali Poistovňa, a. s.  
Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava  
IČO: 35 709 332 IČ DPH: SK2021000487  
068  
Podpis (odtlačok pečiatky) zástupcu Generali Poistovňa, a. s.