

| | |
|---|---------------|
| Centrum sociálnych služieb "Slniečny dom" | |
| PRÁZDOV, Vážcecká 3 | |
| Došlo: | 21-11-2011 |
| Číslo: | 885/2011 |
| Pridelené: | Yveta Jancová |

Poist'ovateľ: Union poisťovňa, a.s., Bajkalská 29/A, 813 60 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 31322051, DIČ: 2020800353, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, odd. Sa, vl.č. 383/B

Poistení/í

| Meno a priezvisko | Adresa trvalého bydliska | Rodné číslo | KM č./preukaz ZP č. | Kód sadzby |
|---------------------|--------------------------|-------------|---------------------|------------|
| Lubica MAGDOVÁ | | | | E-T |
| Erika IVANČOVÁ | | | | E-T |
| Mgr. Soňa FLOREKOVÁ | | | | E-T |

Poistník (osoba, ktorá podpisuje poistnú zmluvu a platí poistné)

| Meno a priezvisko/ Názov | Adresa trvalého bydliska / Adresa sídla | Rodné číslo/ IČO | Telefónne číslo |
|--------------------------|---|------------------|-----------------|
| Lubica MAGDOVÁ | | | |

Korešpondenčná adresa (adresa, na ktorú sa doručujú písomnosti)

| Meno a priezvisko/ Názov | Korešpondenčná adresa |
|--------------------------|-----------------------|
| Lubica MAGDOVÁ | |

| | | | |
|---------------------------|--|----------------|----------|
| Dátum uzavretia | 21.11.2011 | | |
| Platnosť poistenia | od 21.11.2011 | do 27.11.2011 | na 7 dní |
| Územná platnosť poistenia | Európa | Krajina pobytu | Poľsko |
| Riziková skupina | <input checked="" type="checkbox"/> TURISTA <input type="checkbox"/> osoba nad 70 rokov <input type="checkbox"/> ŠPORT <input type="checkbox"/> manuálna práca | | |

POISTNÉ KRYTIE A POISTNÁ SUMA

| Rozsah poistenia | Poistná suma | POISTNÉ |
|--|---------------|------------------|
| poistenie liečebných nákladov v zahraničí asistenčné služby | 120.000 EUR * | 21,00 EUR |
| POISTNÉ SPOLU | | 21,00 EUR |

* ak nie je v prílohe k poistnej zmluve typu 701/702 uvedené inak

Poistné je jednorazové, splatné naraz dňom uzavretia tejto zmluvy. Súčasťou tejto zmluvy je brožúra s názvom „Komplexné cestovné poistenie“. Brožúra obsahuje Všeobecné poistné podmienky individuálneho komplexného cestovného poistenia VPIKCP/1210, ktorými sa poistenie riadi, vyhlásenia poistníka a poisteného a prílohu k poistnej zmluve typu 701/702 s názvom „Rozsah poistenia a výška poistného krytia pre krátkodobé individuálne cestovné poistenie“, v ktorej je uvedený obsah jednotlivých druhov poistenia a poistné sumy. Poistník/ poistený svojím podpisom potvrdzuje, že sa s jej obsahom oboznámil a súhlasí s ním a potvrdzuje pravdivosť svojich vyhlásení v nej uvedených. Poistník svojím podpisom potvrdzuje, že mu bol pred uzavretím poistnej zmluvy odovzdaný formulár o dôležitých zmluvných podmienkach uzatvárajúcej poistnej zmluvy.

Spôsob platby / č. IB: INK462410

Prešov, dňa 21.11.2011 9:23, Získateľ: Wolská

.....
podpis poistníka



Union
Poistovňa
Union poisťovňa, a.s.
Hlavná 23, 080 01 Prešov

.....
podpis a pečiatka poisťovateľa

Súhlas s so spracúvaním osobných údajov na účely marketingových aktivít

V zmysle § 7 zákona č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov a v zmysle § 3 ods. 7 zákona č. 147/2001 Z.z. o reklame a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov súhlasím:

- so spracúvaním osobných údajov na účely marketingových aktivít, t.j. aby moje osobné údaje uvedené v tabuľke Poistník poistnej zmluvy vyššie (okrem rodného čísla) boli spracúvané Union poisťovňou, a.s. na účely marketingových aktivít a to najmä ponúkajú produktov a s nimi súvisiacich služieb, zisťovanie názorov na spokojnosť s poskytovanými službami realizovaných Union poisťovňou, a.s. alebo jeho zmluvnými partnermi. Súčasne súhlasím s použitím svojho 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 10 rokov po ukončení platnosti poistného vzťahu.



v prípade nesúhlasu označte

- s poskytnutím osobných údajov spoločnosti Union zdravotná poisťovňa, a.s., t.j. aby moje osobné údaje v rozsahu meno, priezvisko, titul adresa trvalého pobytu, dátum narodenia, kontaktné číslo (telefónne číslo, faxové číslo, e-mailová adresa) boli poskytnuté spoločnosti Union zdravotná poisťovňa, a.s. so sídlom Bajkalská ul. 29/A, 821 08 Bratislava pre marketingové účely. Súčasne súhlasím so zasielaním marketingových správ formou elektronickej pošty alebo formou služieb krátkych správ. Súhlas je poskytnutý do konca kalendárneho roka po ukončení platnosti tejto poisťnej zmluvy.



v prípade nesúhlasu označte

Poskytnutie osobných údajov na vyššie uvedené účely nie je povinné. Beriem na vedomie, že súhlas je možné kedykoľvek odvolať a že odvolanie nemá spätné účinky

Prešov, dňa 21.11.2011 9:23

.....
podpis poistníka

