

W DOBROM AJ V ZLOM

Wüstenrot poisťovňa, a.s.

Karadžičova 17, 825 22 Bratislava 26, SR

IČO: 31 383 408, DIČ: 2020843561

IČ DPH: SK7120001559

Obchodný register Okresného súdu

Bratislava I, oddiel Sa, vložka č. 757/B

www.wustenrot.sk

GDPR 06/2022

409

POISTNÁ ZMLUVA KRÁTKODOBÉ CESTOVNÉ POISTENIE W DOBROM DOŠLI

POISTNÍK fyzická osoba právnická osoba
¹Vzťahuje sa len na poistenú osobu v prípade, ak je zároveň poistníkom.²Vyplniť iba v prípade, ak je iná ako adresa trvalého pobytu.

Meno, priezvisko, titul/ obchodné meno/Konateľ		Rodné číslo/IČO(vek max. 74 rokov ¹ ku dňu začiatku poistenia)	
Adresa trvalého pobytu (ulica, súpisné číslo)/Sídlo		Obec	PSČ
Korešpondenčná adresa ²		Obec	PSČ
séria a číslo OP	Štátne občianstvo	Tel. číslo	E-mail
Označenie úradného registra/úradnej evidencie		Číslo zápisu do registra/evidencie	

OSOBA OPRÁVNENÁ KONAŤ V MENE PRÁVNICKEJ OSOBY (napr. konateľ, člen predstavenstva)

Meno, priezvisko, titul	Pozícia	Rodné číslo
Označenie úradného registra/úradnej evidencie		Číslo zápisu do registra/evidencie

POISTENÝ Je poistník zároveň poistenou osobou? áno nie Ak nie, vyplňte nasledujúce údaje o poistenej osobe:

Meno, priezvisko, titul	Rodné číslo/IČO(vek max. 74 rokov ¹ ku dňu začiatku poistenia)
Adresa trvalého pobytu (ulica, súpisné číslo)	Obec PSČ

Uzatvárajú v zmysle § 788 Občianskeho zákonníka č. 40/1964 Zb. v znení neskorších predpisov túto zmluvu. Pre toto poistenie sú platné Všeobecné poistné podmienky krátkodobého cestovného poistenia (ďalej len „VPP KCP“).

 ĎALŠÍ POISTENÍ

2.

Meno, priezvisko, titul	Rodné číslo/IČO(vek max. 74 rokov ¹ ku dňu začiatku poistenia)
Adresa trvalého pobytu (ulica, súpisné číslo)	Obec PSČ

3.

Meno, priezvisko, titul	Rodné číslo/IČO(vek max. 74 rokov ¹ ku dňu začiatku poistenia)
Adresa trvalého pobytu (ulica, súpisné číslo)	Obec PSČ

4.

Meno, priezvisko, titul	Rodné číslo/IČO(vek max. 74 rokov ¹ ku dňu začiatku poistenia)
Adresa trvalého pobytu (ulica, súpisné číslo)	Obec PSČ

5.

Meno, priezvisko, titul	Rodné číslo/IČO(vek max. 74 rokov ¹ ku dňu začiatku poistenia)
Adresa trvalého pobytu (ulica, súpisné číslo)	Obec PSČ

6.

Meno, priezvisko, titul	Rodné číslo/IČO(vek max. 74 rokov ¹ ku dňu začiatku poistenia)
Adresa trvalého pobytu (ulica, súpisné číslo)	Obec PSČ

VYHLÁSENIA A SPLNOMOCNENIA POISTNÍKA

Ak je poistník zároveň aj poisteným, dáva svojím podpisom na poistnej zmluve súhlas lekárom a zdravotníckym zariadeniam na poskytnutie osobných údajov o zdravotnom stave poistníka vo Wüstenrot poisťovni, a.s., vo forme vyhotovenia lekárskeho správ, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, či jej zapožičania za účelom prijímania poistných rizík poisťovňou (uzatváranie a zmena poistnej zmluvy), ohodnocovania rizík a ich riadenia, správy poistných zmlúv, likvidácie poistných udalostí a poskytovania poistných plnení. Súhlas je platný po celú dobu platnosti poistnej zmluvy a po jej zániku až do skončenia likvidácie akýchkoľvek poistných udalostí, ktoré trvajú po zániku poistnej zmluvy.

Poistník prehlasuje, že sa oboznámil so Všeobecnými poistnými podmienkami pre krátkodobé cestovné poistenie, Zmluvnými dojednania pre poistenie COVID, ak bolo v poistnej zmluve poistenie dojednané, Informačným formulárom k neživotnému poisteniu a životnému poisteniu bez odkupnej hodnoty a Informáciami o spracúvaní osobných údajov, ktoré tvoria neoddeliteľnú súčasť tejto poistnej zmluvy, a v písomnej podobe ich prevzal. Poistník vyhlasuje, že bol pred uzatvorením poistnej zmluvy oboznámený s informáciami o poistení pre prípad trvalých následkov úrazu uvedenými v Oceňovacích tabuľkách pre trvalé následky v dôsledku úrazu a trvalé následky v dôsledku úrazu dosahujúce najmenej 40 %.

Poistník žiada o odovzdanie informačného dokumentu o poistnom produkte formou (vyberte len jednu možnosť):

trvanlivé médium (adresný e-mail s prílohou)* webová stránka poisťiteľa papier

*možno vybrať len v prípade, ak klient uviedol e-mailovú adresu

Poistník potvrdzuje, že pred uzatvorením poistnej zmluvy mu bol odovzdaný v ním zvolenej forme Informačný dokument o poistnom produkte krátkodobého cestovného poistenia.

Poistník vyhlasuje, že uzatvorenie poistnej zmluvy vykonáva na vlastný účet a finančné prostriedky použité na platenie poistného sú v jeho vlastníctve.

Poistník svojím podpisom potvrdzuje, že všetky údaje v tejto poistnej zmluve sú uvedené pravdivo a úplne.

.....
miesto, dátum a čas uzatvorenia poistnej zmluvy

.....
podpis poistníka

ZVLÁŠTNE DOJEDNANIA

Nižšie uvedený zástupca svojím podpisom potvrdzuje, že preveril totožnosť poistníka a údaje uvedené v tejto poistnej zmluve zodpovedajú dokladu totožnosti predloženého poistníkom. Zástupca potvrdzuje, že vykonal identifikáciu a overenie identifikácie poistníka v súlade so zákonom č. 39/2015 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Získateľské číslo zástupcu:

Meno a priezvisko zástupcu:

Registračné číslo NBS*:

Telefonický kontakt zástupcu:

E-mailová adresa zástupcu:

Tipérske číslo/
Osobné/MA číslo:

Meno a priezvisko tipéra:

.....
podpis a pečiatka zástupcu, Wüstenrot poisťovňa, a. s.

*nevypĺňa VFA