

W DOBROM AJ V ZLOM

Wüstenrot poisťovňa, a.s.
 Digital Park I, Einsteinova 21
 851 01 Bratislava, SR
 IČO: 31 383 408, DIČ: 2020843561
 IČ DPH: SK7120001559
 Obchodný register Mestského súdu
 Bratislava III, oddiel Sa, vložka č. 757/B

GDPR 06/2023

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

POISTNÉ KRYTIE A POISTNÉ SUMY
 Jednotlivec
 Rodina
 2 osoby
 3 osoby
 4 osoby

Poistenie	Balíky		
	<input type="checkbox"/> S jednotlivec/rodina	<input type="checkbox"/> M jednotlivec/rodina	<input type="checkbox"/> L jednotlivec/rodina
liečebných nákladov v zahraničí	<input checked="" type="checkbox"/> 100 000 €	<input checked="" type="checkbox"/> 150 000 €	<input checked="" type="checkbox"/> 350 000 €
pre prípad úrazu		<input checked="" type="checkbox"/> 5 000 € <input checked="" type="checkbox"/> 10 000 €	<input checked="" type="checkbox"/> 15 000 € <input checked="" type="checkbox"/> 30 000 €
smrť úrazom trvalé následky			
batožiny a dokladov		<input checked="" type="checkbox"/> 800 € / <input checked="" type="checkbox"/> 1 500 €	<input checked="" type="checkbox"/> 1 500 € / <input checked="" type="checkbox"/> 2 500 €
zodpovednosti za škodu		<input checked="" type="checkbox"/> 100 000 € <input checked="" type="checkbox"/> 50 000 €	<input checked="" type="checkbox"/> 250 000 € <input checked="" type="checkbox"/> 100 000 €
na zdraví na majetku			
právnej pomoci			<input checked="" type="checkbox"/> 15 000 €
meškania batožiny			<input checked="" type="checkbox"/> 300 €
technickej pomoci v zahraničí			<input checked="" type="checkbox"/> 400 €

POISTNÁ DOBA, ROZSAH POISTENIA, POISTNÉ KRYTIE

Chronické ochorenie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Územná platnosť	<input type="checkbox"/> Európa <input type="checkbox"/> svet
Poistenie COVID	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Poistná doba od (vrátane)	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> : <input type="text"/> . <input type="text"/> hod.
<input type="checkbox"/> Horská záchranná služba v SR (HZS v SR)	Počet osôb <input type="text"/> ***	do (vrátane)	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> : <input type="text"/> . <input type="text"/> hod.
<input type="checkbox"/> Storno cesty (spoluúčasť 20 %)	Poistná suma <input type="text"/> 0 0 €**	Počet dní	<input type="text"/> *
Rozšírené poistné krytie	<input type="checkbox"/> rizikový šport <input type="checkbox"/> manuálna práca	Celkové poistné	<input type="text"/> , <input type="text"/> €

*Počet dní max. 90 ** Zaokrúhľovať na celé stovky nahor. *** Ak je dojednávaný variant rodina, počet poistených je vždy 1.

PLATBA POISTNÉHO

Spôsob platby poistného poštovou poukážkou bankovým prevodom trvalým príkazom Poistné je splatné najneskôr prvý deň poistného obdobia.

Číslo bankového účtu poistníka v tvare IBAN

SWIFT/BIC banky poistníka

Číslo bankového účtu pre úhradu poistného S K 6 8 1 1 0 0 0 0 0 0 0 2 6 2 8 8 4 4 1 0 1 Variabilný symbol (číslo 1. platby)

SÚHLAS SO SPRACÚVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV PRE ÚČELY MARKETINGU A REKLAMY

Týmto poskytujem spoločnostiam, patriacim do skupiny Wüstenrot* svoje **osobné údaje a výslovne súhlasím** so spracúvaním mojich osobných údajov v rozsahu: meno, priezvisko, adresa, telefónne číslo a e-mailový kontakt, vrátane ich poskytovania medzi nižšie uvedenými subjektmi pre účely:

- Marketingu a reklamy.** Marketingom a reklamou sa rozumie kontaktovanie mojej osoby za účelom reklamy a ponuky produktov a služieb spoločností patriacich do **skupiny Wüstenrot** rôznou formou, ako napr. zasielaním propagačných materiálov, letákov a časopisov poštou ako aj elektronicky, telefonické kontaktovanie, vrátane zasielania SMS, automatickým volaním a iným obdobným spôsobom. Kontaktovať ma za týmto účelom môžu spoločnosti skupiny Wüstenrot, ako aj nimi zmluvne poverení sprostredkovatelia, ktorí sú súčasťou zoznamu sprostredkovateľov, ktorý je zverejnený na webstránke www.wuestenrot.sk v časti Ochrana osobných údajov a ktorý je pravidelne aktualizovaný. Tento súhlas udeľujem na dobu trvania zmluvných vzťahov s ktoroukoľvek zo spoločností skupiny Wüstenrot ako aj na dobu 5 rokov od skončenia poslednej zmluvy. Tento súhlas udeľujem slobodne, bez akýchkoľvek podmienok a po predchádzajúcom poučení o svojich právach dotknutej osoby. poistník áno nie poistený áno nie
- Účasti v súťažiach o výherné ceny, organizovaných pre klientov skupiny Wüstenrot,** vrátane vyhodnotenia a určenia výhercov; a to ktoroukoľvek spoločnosťou skupiny Wüstenrot alebo ňou zmluvne povereným sprostredkovateľom, ktorý je uvedený na hore uvedenom zozname sprostredkovateľov. Tento súhlas udeľujem na dobu trvania mojich zmluvných vzťahov s ktoroukoľvek zo spoločností skupiny Wüstenrot. Tento súhlas udeľujem slobodne, bez akýchkoľvek podmienok a po predchádzajúcom poučení o svojich právach dotknutej osoby. poistník áno nie poistený áno nie

Beriem na vedomie, že ktorýkoľvek z vyššie udelených súhlasov môžem kedykoľvek odvolať zaslaním písomnej žiadosti na adresu sídla prevádzkovateľa alebo elektronicky na e-mailovú adresu: DPO@wuestenrot.sk

.....
dátum udelenia súhlasov

.....
podpis poistníka

.....
podpis poisteného

* Skupinu Wüstenrot tvoria tieto spoločnosti: Wüstenrot poisťovňa a. s., Digital Park I, Einsteinova 21, 851 01 Bratislava, IČO: 31383408, a Wüstenrot stavebná sporiteľňa a. s., Digital Park I, Einsteinova 21, 851 01 Bratislava, IČO: 31351026.

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:	<input type="text"/>	Meno a priezvisko zástupcu:	<input type="text"/>	Registračné číslo NBS*:	<input type="text"/>
Telefonický kontakt zástupcu:	<input type="text"/>	E-mailová adresa zástupcu:	<input type="text"/>		
Tipérske číslo/ Osobné/MA číslo:	<input type="text"/>	Meno a priezvisko tipéra:	<input type="text"/>	 podpis a pečiatka zástupcu, Wüstenrot poisťovňa, a. s.

*nevypĺňa VFA