

Wüstenrot poisťovňa, a.s.
 Karadžičova 17, 825 22 Bratislava 26, SR
 IČO: 31 383 408, DIČ: 2020843561
 IČ pre DPH: SK 2020843561
 Obchodný register Okresného súdu
 Bratislava I, oddiel Sa, vložka č. 757/B
 www.wuestenrot.sk



POISTNÁ ZMLUVA

GDPR 08/2019

409

KRÁTKODOBÉ CESTOVNÉ POISTENIE

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

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 elektronicke, 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 víhercov; 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 elektronicke na e-mailovú adresu: DPO@wuestenrot.sk

.....
dátum udelenia súhlasov

.....
podpis poistníka

.....
podpis poisteného

* Skupinu Wüstenrot tvoria tieto spoločnosti: Wüstenrot poisťovňa a. s., Karadžičova 17, 825 22 Bratislava 26, IČO: 31383408, a Wüstenrot stavebná sporiteľňa a. s., Grösslingova 77, 824 68 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 lekárskej správy, 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 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:

Telefonický kontakt zástupcu: E-mailová adresa zástupcu:

Osobné/ MA číslo: Registračné číslo NBS*:

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

*nevypĺňa VFA