

**POISTNÁ ZMLUVA
PRE POISTENIE ÚRAZU - KRÁTKODOBÉ**

F 60/2019

Union poisťovňa, a.s., Karadžičova 10, 813 60 Bratislava, SR, IČO: 31322051, DIČ: 2020800353, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, odd. Sa, vl. Č. 383/B (ďalej aj „poisťovateľ“) a

1. POISTNÍK			
Meno a priezvisko (názov firmy)	Krajské kultúrne stredisko	Titul	Rodné číslo / IČO 36145181
Trvalé bydlisko - ulica, číslo	Horný val 20	Obec	Žilina PSC 01182
Telefón		E-mail	ros@vuczilina.sk
Bankové spojenie - peňažný ústav	Štátna pokladnica	Číslo účtu / kód banky	SK9681800000007000481272

uzavierajú v zmysle § 788 a nasl. Občianskeho zákonníka č. 40/1964 Zb. v znení neskorších predpisov túto zmluvu o poistení.

2. POISTENÝ			
Meno a priezvisko	Juraj Pravdík	Titul	
Trvalé bydlisko - ulica, číslo		Obec	
Telefón			

údaj nie je povinné vyplniť

3. ČINNOSŤ POISTENÉHO			
Zamestnanie - pracovná činnosť poisteného	Organizovanie spoločenských podujatí	Pravidelná / nepravidelná činnosť / pravidelná / nepravidelná za činnosť poisteného	žiadna

4. POISTNÁ DOBA	Začiatok poistenia	01.03.2019	Koniec poistenia	31.08.2019	5. RIZIKOVÁ SKUPINA	A
					(Číslo sadzby)	

5. POISTNÉ KRYTIE						
<input checked="" type="checkbox"/> Smrť v dôsledku úrazu	Poistné sumy	2000,00	EUR	Poistné	2,30	EUR
<input checked="" type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu (minimálne poistné plnenie je 0,5 % z dojednanej poisťnej sumy)		2000,00	EUR		2,70	EUR
<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu a bolestné (minimálne poistné plnenie je 0,5 % z dojednanej poisťnej sumy)			EUR			EUR
<input type="checkbox"/> Denné odškodné pri hospitalizácii po úraze			EUR			EUR
POISTNÉ SPOLU					5,00	EUR

6. SPÔSOB PLATENIA	<input checked="" type="checkbox"/> jednorazovo
---------------------------	---

7. POISTNÉ	Jednorazové poistné vo výške	5,00	EUR	bolo zaplatené dňa	10.03.2019
-------------------	------------------------------	------	-----	--------------------	------------

Druh avíza: poštová poukážka bez avíza

Číslo účtu poisťovateľa na úhradu poisťného je 6600547090/1111, IBAN: SK59 1111 0000 0066 0054 7090, SWIFT/BIC: UNCRSKBX vedený v UniCredit Bank Czech Republic and Slovakia, a.s., pobočka zahraničnej banky, konštantný symbol 3558, variabilným symbolom je číslo poisťnej zmluvy.

8. MENO A PRIEZVISKO OPRÁVNENEJ OSOBY	Rodné číslo	Podiel na plnení
		%
		%
		%

Ak nie je oprávnená osoba určená alebo ak nenadobudne právo na plnenie, právo na plnenie má osoba určená podľa § 817 ods. 2 a 3 Občianskeho zákonníka.

9. ZVLÁŠTNE DOJEDNANIA	Poistenie sa vzťahuje na úrazy, ktoré poistená osoba utrpí počas: aktivačná č. - dobrovoľnícka služba (§52a) pre Krajské kultúrne stredisko Žilina
-------------------------------	--

10. SPROSTREDKOVATEĽ	Meno a priezvisko (názov)	Andrea Marčišová	Adresa	Dolná Tížina 295 01304
-----------------------------	---------------------------	------------------	--------	------------------------

DOTAZNÍK O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO			
1. Liečíte sa v súčasnosti na nejaké ochorenie, prípadne vyšetrujú Váš zdravotný stav alebo ste pod lekársnym dozorom?	áno <input type="checkbox"/> nie <input checked="" type="checkbox"/>	ak áno, z akého dôvodu, ako dlho.	

DOTAZNÍK O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO (pokračovanie)

2. Trpeli ste alebo trpíte chorobami alebo ťažkosťami:

- | | | | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------|
| áno | nie | | áno | nie | |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | nervového systému | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | epilepsiou |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | srdcovo - cievneho systému | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | pohybového ústrojenstva |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | krvi alebo imunitného systému | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | psychickými |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | vrodenými chybami | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | poruchami zraku, sluchu |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | látkovej výmeny alebo žliaz s vnútorným vylučovaním | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | inými |

Ak áno, uveďte kedy a aká diagnóza bola zistená:

Choroba, poruchy, ťažkosťi	Kedy (od - do)	Súčasný stav

- | | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|---|--|------------------------------|---|
| 3. Ste HIV pozitívny? | áno <input type="checkbox"/> | nie <input checked="" type="checkbox"/> | Ste viac ako 3 mesiace práceneschopný? | áno <input type="checkbox"/> | nie <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ste odkázaný na opateru inej osoby? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Ste závislý na alkohole alebo drogách? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

- | | | | |
|--|------------------------------|---|--|
| 4 A. Je alebo Vám niekedy bola priznaná invalidita alebo čiastočná invalidita? | áno <input type="checkbox"/> | nie <input checked="" type="checkbox"/> | Ak áno, kedy a prečo a aké máte percento poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť? |
|--|------------------------------|---|--|

- | | | | |
|--|------------------------------|---|--|
| 4 B. Ovplyvňuje alebo niekedy v minulosti ovplyvňoval Váš zdravotný stav Vašu schopnosť vykonávať zárobkovú činnosť? | áno <input type="checkbox"/> | nie <input checked="" type="checkbox"/> | Ak áno, uveďte z akého dôvodu, kedy a ako? |
|--|------------------------------|---|--|

- | | |
|--|-------------------------------|
| 5. Uveďte meno a adresu Vášho ošetrojúceho lekára, ktorý najlepšie pozná Váš zdravotný stav: | Mudr. Hudáková Žilina Krankas |
|--|-------------------------------|

- | | | | |
|---|------------------------------|---|-------------------------------------|
| 6. Utrpeli ste niekedy v minulosti úraz, ktorý zanechal nejaké trvalé následky? | áno <input type="checkbox"/> | nie <input checked="" type="checkbox"/> | Ak áno, uveďte kedy a aké následky. |
|---|------------------------------|---|-------------------------------------|

- | | | | |
|---|------------------------------|---|---|
| 7. Ste pri výkone pracovnej alebo mimopracovnej činnosti vystavený zvláštnemu nebezpečenstvu? | áno <input type="checkbox"/> | nie <input checked="" type="checkbox"/> | Ak áno, akému? Prichádzate do styku so zdravu škodlivými alebo výbušnými látkami? |
|---|------------------------------|---|---|

- | | | | |
|---|------------------------------|---|--|
| 8. Aký druh športu vykonávate a na akej úrovni (rekreačne alebo ste registrovaný v oddieli či klube)? Zúčastňujete sa súťaži? | áno <input type="checkbox"/> | nie <input checked="" type="checkbox"/> | |
|---|------------------------------|---|--|

- | | | | |
|---------------------------------|------------------------------|---|--|
| 9. Ste profesionálny športovec? | áno <input type="checkbox"/> | nie <input checked="" type="checkbox"/> | |
|---------------------------------|------------------------------|---|--|

- | | |
|-----------------------------|--------|
| 10. Ste pravák alebo ľavák? | pravák |
|-----------------------------|--------|

Prehlásenie poisteného o iných poisteniach

- | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|---|---|
| Máte už uzavreté úrazové poistenie? | áno <input type="checkbox"/> | nie <input checked="" type="checkbox"/> | Ak áno, aké druhy rizík a poistné sumy máte dojednané? Uveďte názov a adresu poisťovne. |
|-------------------------------------|------------------------------|---|---|

- | | | | |
|--|------------------------------|---|---------------|
| Odmietla Vás niektorá poisťovňa poistiť alebo Vás poistila za zmenených podmienok (napr. so zvýšeným poistným, s výlukami z poistenia a pod.)? | áno <input type="checkbox"/> | nie <input checked="" type="checkbox"/> | Ktorá a kedy? |
|--|------------------------------|---|---------------|

Poistná zmluva je uzavretá okamihom, keď je podpísaná oboma zmluvnými stranami.

V zmysle § 800 ods. 2 Občianskeho zákonníka sa dojednáva, že poistenie môže vypovedať poisťník alebo Union poisťovňa, a.s. (ďalej "poisťovateľ") do dvoch mesiacov po uzavretí poisťnej zmluvy. Výpovedná lehota je osemdenná a jej uplynutím poistenie zanikne.

Neoddeliteľnou súčasťou tejto poisťnej zmluvy sú Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie.

V prípade smrti poisťníka, ktorý nie je zároveň poisteným, prechádzajú všetky práva a povinnosti vyplývajúce z poistenia na poisteného.

Príjmy poisteného a oprávnených osôb z poisťnej zmluvy podliehajú zdaneniu v zmysle všeobecne záväzných právnych predpisov platných na území Slovenskej republiky. Zákon č. 595/2003 Z.z. o dani z príjmov v znení neskorších predpisov ustanovuje, ktoré plnenia z poistenia sú oslobodené od dane z príjmov, ako aj odpočítateľné položky, resp. iné daňové náležitosti týkajúce sa poistenia.

Pre právne pomery vyplývajúce z uzavretej poisťnej zmluvy platí právny poriadok SR.

Výška odkupnej hodnoty pri predčasnom ukončení zmluvy sa v súlade s § 788 ods. 2 písm. f) Občianskeho zákonníka dojednáva na 0,00 EUR.

Poistený ani poisťník sa nepodieľajú na výnosoch poisťovateľa.

Za uzavretie tejto poisťnej zmluvy vznikne zamestnancovi poisťovateľa nárok na peňažnú odmenu, ktorá je zamestnancovi vyplácaná poisťovateľom jednorazovo alebo mesačne počas prvého roka platnosti poisťnej zmluvy.

Práva a povinnosti poisťovateľa a poisteného / poisťníka sú uvedené v právnych predpisoch a poistných podmienkach.

ZÁKLADNÉ INFORMÁCIE O OCHRANE OSOBNÝCH ÚDAJOV PRE DOTKNUTÚ OSOBU

- Prevádzkovateľom je Union poisťovňa, a.s., Karadžičova 10, 813 60 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 31322051, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, odd. Sa, vl.č. 383/B (ďalej len „poisťovateľ“). Sprostredkovateľom je osoba uvedená v poisťnej zmluve ako sprostredkovateľ.
- Zodpovednou osobou poisťovateľa je riaditeľ úseku právneho a compliance, adresa na doručovanie písomností je totožná s adresou sídla poisťovateľa, elektronická adresa je: dataprotection@union.sk.

ZÁKLADNÉ INFORMÁCIE O OCHRANE OSOBNÝCH ÚDAJOV PRE DOTKNUTÚ OSOBU (pokračovanie)

3. Účelom a právny základom spracúvania osobných údajov je vykonávanie poisťovacej a zaistovacej činnosti podľa zákona č. 39/2015 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o poisťovníctve“). Poskytnutie osobných údajov, pri ktorých nie je vyznačená ich nepovinnosť, je potrebné pre uzavretie poisťovej zmluvy a v prípade ich neposkytnutia nie je možné poisťovnú zmluvu uzavrieť. Právny základom spracúvania sú aj iné právne predpisy, napr. zák. č. 297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony, pričom v zmysle uvedeného zákona je prevádzkovateľ povinný spracúvať osobné údaje v rozsahu podľa uvedeného zákona na účely predchádzania a odhaľovania legalizácie príjmov z trestnej činnosti a financovania terorizmu.
4. Dotknutými osobami sú najmä: poistený, poistník, osoba oprávnená na prijatie poisťového plnenia v prípade smrti poistenej osoby, poškodený.
5. Zoznam spracúvaných osobných údajov bez súhlasu dotknutej osoby je v rozsahu podľa § 78 zákona o poisťovníctve: meno, priezvisko, trvalý pobyt, prechodný pobyt, rodné číslo, dátum narodenia, štátna príslušnosť, druh a číslo dokladu totožnosti, kontaktné telefónne číslo, faxové číslo a adresa elektronickej pošty a osobné údaje z dokladu totožnosti. V prípade, ak sa spracúvajú ďalšie osobné údaje napríklad údaje týkajúce sa zdravia, tieto sú spracúvané v rozsahu nevyhnutnom na posúdenie rizika pri uzavretí poisťovej zmluvy a na zistenie rozsahu povinnosti poskytnúť poisťové plnenie.

6. Prijemcovia osobných údajov

Osobné údaje môžu byť poskytnuté najmä:

- spoločnostiam, ktoré zabezpečujú služby súvisiace s korešpondenciou medzi poisťovateľom a dotknutými osobami: Direct Marketing a.s., IČO: 31377793, Tatra Billing, s.r.o., IČO: 35810572, Itella Information s.r.o., IČO: 44352557, Zelená pošta s.r.o., IČO: 49529233,
- spoločnostiam zabezpečujúcim služby v oblasti informačných technológií,
- spoločnostiam, ktoré konajú za a v prospech poisťovateľa v súvislosti s uplatňovaním práv vo vzťahu k poistníkovi vyplývajúcich z poisťovej zmluvy,
- spoločnosti, ktorá zabezpečuje digitalizáciu dokumentov poisťovateľa: NUPSESO, a.s., IČO: 36525791,
- spoločnosti vykonávajúcej činnosť archívneho strediska a správy registratúry: IRON MOUNTAIN SLOVAKIA, s.r.o., IČO: 36232734,
- spoločnosti, ktorá vyhodnocuje prieskum spokojnosti so službami poisťovateľa: Metrixlab Nederland B.V. Rotterdam, Holandsko, IČO:
- externému audítovi poisťovateľa: PricewaterhouseCoopers Slovensko, s.r.o., IČO: 35739347,
- zaistovacím spoločnostiam.

V priebehu trvania poisťovej zmluvy môže dôjsť k zmene spoločností uvedených vyššie, pričom aktuálny zoznam týchto spoločností a oznámenie o zmenách sú uvedené na webovom sídle www.union.sk, časť „Ochrana osobných údajov“.

7. Doba uchovávaní osobných údajov:

Poisťovateľ bude uchovávať poskytnuté osobné údaje počas trvania poistenia a po zániku poistenia do uplynutia premieľacej doby na uplatnenie práv z poisťovej zmluvy, najmenej však 15 rokov od skončenia zmluvného vzťahu s dotknutou osobou.

8. Práva dotknutej osoby:

Dotknutá osoba má právo na základe písomnej žiadosti vyžadovať od poisťovateľa:

- 8.1. Právo získať potvrdenie o tom, či sa spracúvajú osobné údaje, ktoré sa jej týkajú, a ak tomu tak je, má právo získať prístup k týmto osobným údajom spolu s informáciami uvedenými v tomto poučení.
- 8.2. Právo na to, aby poisťovateľ opravil jej nesprávne osobné údaje a aby doplnil jej neúplné osobné údaje.
- 8.3. Právo na vymazanie (zabudnutie) jej osobných údajov, ak tieto už nie sú potrebné na účely, na ktoré sa získavali alebo inak spracúvali.
- 8.4. Právo na to, aby Poisťovateľ obmedzil spracúvanie jej osobných údajov, ak:
 - dotknutá osoba napadne správnosť osobných údajov, a to počas obdobia overovania ich správnosti,
 - spracúvanie je protizákonné a dotknutá osoba namieta proti vymazaniu osobných údajov a žiada namiesto toho obmedzenie ich použitia,
 - poisťovateľ nepotrebuje osobné údaje na účely spracúvania, ale potrebuje ich dotknutá osoba na preukázanie, uplatňovanie alebo
- 8.5. Právo získať osobné údaje, ktoré sa jej týkajú a ktoré poskytla poisťovateľovi, a tiež právo preniesť tieto údaje ďalšiemu
- 8.6. Právo namietať proti spracúvaniu jej osobných údajov u poisťovateľa.
- 8.7. Právo podať sťažnosť na Úrade pre ochranu osobných údajov, ak sa domnieva, že spracúvanie osobných údajov zo strany poisťovateľa, ktoré sa jej týka, je v rozpore s právnymi predpismi na ochranu osobných údajov.
- 8.8. Právo u Poisťovateľa namietať a nepodrobiť sa jeho rozhodnutiu, ktoré by malo pre ňu právne účinky alebo významný dosah, ak sa takéto rozhodnutie vydá výlučne na základe úkonov automatizovaného spracúvania osobných údajov. Dotknutá osoba má právo žiadať Poisťovateľa o preskúmanie vydaného rozhodnutia metódou odlišnou od automatizovanej formy spracúvania, pričom Poisťovateľ je povinný žiadosti vyhovieť a to tak, že rozhodujúcu úlohu pri preskúmaní rozhodnutia budú mať zamestnanci poisťovateľa. O spôsobe preskúmania a výsledku zistenia poisťovateľ informuje dotknutú osobu v lehote do 30 dní od prijatia žiadosti.
- 8.9. Právo požiadať o preukázanie totožnosti osoby poverenej získavaním osobných údajov.
- 8.10. Ak osobné údaje neboli získané od dotknutej osoby, dotknutá osoba má právo získať informáciu z akého zdroja pochádzajú jej osobné údaje, prípadne informácie o tom, či údaje pochádzajú z verejne prístupných zdrojov.

Ak dotknutá osoba nemá spôsobilosť na právne úkony v plnom rozsahu jej práva môže uplatniť zákonný zástupca.

Ak dotknutá osoba nežije, jej práva, ktoré mala podľa právnych predpisov v oblasti ochrany osobných údajov, môže uplatniť osoba blízka.

Dotknutá osoba môže uplatniť svoje právo:

- a) písomne na adrese sídla poisťovateľa alebo na elektronickej adrese dataprotection@union.sk,
- b) osobne ústnou formou do zápisnice, z ktorej musí byť zrejmé, kto právo uplatnil, čoho sa domáha a kedy a kto vyhotovil zápisnicu, jeho podpis a podpis dotknutej osoby; kópiu zápisnice je poisťovateľ povinný odovzdať dotknutej osobe,
- c) u sprostredkovateľa podľa písmena a) alebo písmena b), pričom je ten povinný túto žiadosť alebo zápisnicu odovzdať poisťovateľovi bez zbytočného odkladu.

ZÁKLADNÉ INFORMÁCIE O OCHRANE OSOBNÝCH ÚDAJOV PRE DOTKNUTÚ OSOBU (pokračovanie)

9. Poisťovateľ používa automatizované nástroje na spracovanie osobných údajov dotknutých osôb za účelom vyhodnotenia ich určitých osobných aspektov (profilovanie). Profilovanie je akákoľvek forma automatizovaného spracúvania osobných údajov, ktoré pozostáva z použitia týchto osobných údajov na vyhodnotenie určitých osobných aspektov týkajúcich sa fyzickej osoby, predovšetkým analýzy alebo predvidania aspektov dotknutej fyzickej osoby súvisiacich s jej majetkovými pomermi, zdravím, osobnými preferenciami, záujmami, spoľahlivosťou, správaním, polohou alebo pohybom. Osobné údaje dotknutej osoby sa takto spracúvajú najmä na účely analýzy poistného rizika alebo identifikovanie potenciálnych poistných podvodov, či na účely ochrany pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a financovaním terorizmu.
10. Osobné údaje nebudú zverejnené.
11. Prenos osobných údajov
Poisťovateľ predpokladá, že uskutoční prenos osobných údajov vyššie uvedeným príjemcom osobných údajov do krajín Európskej únie, krajín, ktoré sú zmluvnou stranou Dohody o Európskom hospodárskom priestore a Švajčiarska (osobám uvedeným v bode 6 týchto informácií). Do tretích krajín uskutoční Poisťovateľ prenos osobných údajov iba ak Európska komisia rozhodla, že tieto krajiny zaručujú primeranú úroveň ochrany alebo ak neexistuje také rozhodnutie, tak iba vtedy, ak prevádzkovateľ alebo sprostredkovateľ poskytol primerané záruky a dotknutá osoba má k dispozícii vymožitelné práva a účinné právne prostriedky nápravy.

VYHLÁSENIE POISTENÉHO

Týmto vyhlasujem, že všetky mnou vyššie uvedené skutočnosti sú pravdivé a úplné a neboli zatajené alebo vynechané žiadne závažné okolnosti alebo informácie týkajúce sa môjho zdravotného stavu a životných zvykov. Som si vedomý možných dôsledkov v prípade zamlčania závažných okolností alebo nesprávnych informácií o mojom zdravotnom stave (odstúpenie od zmluvy, odmietnutie alebo zníženie poistného plnenia).

Súhlasím s tým, aby poisťovateľovi boli poskytnuté informácie o mojom zdravotnom stave na účel vymedzený v Základných informáciách o ochrane osobných údajov pre dotknutú osobu.

Splnomocňujem poisťovateľom oslovených lekárov a zdravotnícke zariadenia na poskytnutie lekárskeho správ, výpisov zo zdravotnej dokumentácie alebo na ich zapožičanie, čím ich zároveň zbavujem povinnosti mlčanlivosti voči poisťovateľovi.

Pre účely posúdenia poistného rizika a účely likvidácie poistnej udalosti úrazového poistenia spojenej so vznikom invalidity splnomocňujem poisťovateľa na vyžiadanie Lekárskej správy od Sociálnej poisťovne.

Toto vyhlásenie nebolo urobené pod nátlakom ani v časovej tiesni alebo za iných nevýhodných podmienok, ktoré by mohli spôsobiť nesprávne alebo

neúplné poskytnutie informácií, čo potvrdzujem svojim podpisom.

Podpis poisteného na tejto poistnej zmluve považujú zmluvné strany za podpisový vzor.

Zilina 01.03.2019
miesto a dátum vyplnenia dotazníka vyhlásení

.....
podpis poisteného

VYHLÁSENIE POISTNÍKA

Poistnú zmluvu prijímam v navrhovanom rozsahu a prehlasujem, že všetky mnou vyššie uvedené údaje sú pravdivé a úplné. Potvrdzujem, že mi boli oznámené Všeobecné poistné podmienky pre úrazové poistenie platné v deň, ktorý je ako začiatok poistenia uvedený v tejto poistnej zmluve a ktoré boli priložené k tejto poistnej zmluve.

Súčasne potvrdzujem, že som bol pred uzavretím tejto poistnej zmluvy oboznámený s údajmi podľa § 792a ods. 2 Občianskeho zákonníka.

Som si vedomý, že v zmysle zákona o poisťovníctve poisťovateľ môže spracúvať moje osobné údaje a osobné údaje poisteného a poistených detí, vrátane informácií o ich zdravotnom stave, na účel vymedzený v Základných informáciách o ochrane osobných údajov pre dotknutú osobu.

Toto vyhlásenie nebolo urobené pod nátlakom ani v časovej tiesni alebo za iných nevýhodných podmienok, ktoré by mohli spôsobiť nesprávne alebo neúplné poskytnutie informácií, čo potvrdzujem svojim podpisom.

Podpis poistníka na tejto poistnej zmluve považujú zmluvné strany za podpisový vzor.

Poistník svojim podpisom potvrdzuje, že mu bol pred uzavretím poistnej zmluvy odovzdaný Informačný dokument o poistnom produkte pre Krátkodobé úrazové poistenie.

01.03.2019
dátum uzavretia poistnej zmluvy

.....
podpis poistníka

číslo ziskateľskej nadzmluvy:

.....
číslo ziska

SÚHLAS SO SPRACÚVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV NA ÚČELY MARKETINGOVÝCH AKTIVÍT

SÚHLASÍM, ABY MI UNION POISŤOVŇA, A.S. AKO AJ UNION ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA, A.S., ZASIELALI NOVINKY A INFORMÁCIE O VÝHODÁCH, ZLAVÁCH, PRODUKTOCH A SLUŽBÁCH

Udelením tohto súhlasu súhlasíte s tým, aby Vaše osobné údaje v rozsahu meno, priezvisko, titul, adresa trvalého pobytu, kontaktná adresa, telefónne číslo a e-mailová adresa boli spracúvané spoločnosťami Union poisťovňa, a.s., Union zdravotná poisťovňa, a.s. a aj ich prípadnými dcérskymi spoločnosťami, na účely marketingových aktivít. Súčasne súhlasíte s použitím Vášho 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 5 rokov po ukončení platnosti poistnej zmluvy. Poskytnutie osobných údajov na uvedené účely nie je povinné. Tento súhlas je možné kedykoľvek písomne odvolať, pričom odvolanie nemá spätné účinky.

áno (súhlasím)

nie (nesúhlasím)

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

01.03.2019
miesto a dátum