

ŽÁDOST O SJEDNÁNÍ ISIC ROČNÍHO POJIŠTĚNÍ k průkazům ISIC, ITIC a ALIVE

(pojištění zajišťuje UNIQA a.S., zapsaná u Městského soudu v Praze oddíl B, č. vložky 2012, Evropská 136, 160 12, Praha 6, IČ:49240480)

0107/2017

VÝBĚR TARIFU POJIŠTĚNÍ

Seznam tarifních kódů: IA, IB, IC, ID, T. Více informací na www.isic.cz/pojisteni

VÝBĚR PŘIPOJIŠTĚNÍ

Seznam kódů pro připojištění: L, R, S, Z. Více informací na www.isic.cz/pojisteni

OSOBNÍ ÚDAJE POJIŠTĚNÉHO

Jméno:

Příjmení:

Ulice a ČP:

Město/PSČ:

Mobilní telefon:

Rodné číslo:

E-mail:

Licenční číslo
průkazu:

(číslo včetně písmen bez mezer)

Povinné pouze u pojištěného mladší 16ti let

OSOBNÍ ÚDAJE POJISTNÍKA (osobní údaje zákonného zástupce)

Jméno:

Příjmení:

Ulice a ČP:

Město/PSČ:

Mobilní telefon:

Rodné číslo:

E-mail:

Vztah zákonného
zástupce (např. otec):

Prohlášení pojistníka a pojištěného/pojištěných:

Prohlašuji, že mi byly poskytnuty v dostatečném předstihu před uzavřením pojistné smlouvy přesným, jasným a srozumitelným způsobem, písemně a v českém jazyce (případně i v jiném požadovaném jazyce) informace o pojistném vztahu včetně seznámení se s obsahem smluvních ujednání SU/C/GTS/16, která jsem převzal/a s obsahem Všeobecných pojistných podmínek VPP UCZ/Ces/14, příslušných oceňovacích tabulek pro trvalé následky úrazu a pro denní odškodné, spolu s pojistnou smlouvou, kromě uvedených tabulek, ve smyslu zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník a zákona č. 38/2004 Sb., o pojišťovacích zprostředkovatelích a samostatných likvidátorech pojistných událostí. Prohlašuji, že jsem měl/a dostatek času k prostudování tohoto návrhu a že tento návrh na uzavření pojištění odpovídá mému pojistnému zájmu a mým pojistným potřebám a požadavkům, všechny mé dotazy, které jsem položil/a pojistiteli nebo jím pověřenému zástupci, byly náležitě zodpovězeny, a s rozsahem a podmínkami pojištění jsem se seznámil/a. Zavazuji se, že bez zbytečného odkladu nahlásím jakoukoliv změnu zpracovávaných osobních a identifikačních údajů. Souhlasím s tím, aby UNIQA pojišťovna, a.s. a její zprostředkovatelé zpracovávali ve smyslu zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon), mé osobní a citlivé údaje v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací a zajišťovací činností podle ustanovení §1 a §2 zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích z tohoto smluvního vztahu. Dále souhlasím s tím, aby mé osobní údaje byly poskytnuty i ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví, bankovníctví a při poskytování služeb v rámci koncernu UNIQA. Souhlasím s tím, aby mě UNIQA pojišťovna, a.s. a její zprostředkovatelé případně kontaktovali za účelem nabídky produktů a služeb, případně jiného marketingového sdělení z oblasti pojišťovnictví a bankovníctví a to také formou e-mailového sdělení nebo telefonického kontaktu. Výše uvedené souhlasy mohu kdykoliv odvolat písemnou formou prostřednictvím doporučeného dopisu. Jsem výslovně seznámil/a s tím, že odvolání souhlasu může mít za následek zánik pojistné smlouvy. Prohlašuji, že jsem byl/a dostatečně a srozumitelně poučen/a o svých právech vyplývajících ze zákona a tento souhlas ke zpracování dávám po celou dobu trvání závazků plynoucích z tohoto pojištění a to i pro ta pojištění či připojištění, která budou sjednána dodatečně. Zmocňuji UNIQA pojišťovnu a.s. k nahlédnutí do úředních, lékařských či jiných podkladů a podkladů jiných pojišťoven v souvislosti s uzavřením pojištění a s vyřizováním pojistných událostí. Tímto zmocněním dotazované instituce zprostředkují povinnosti zachovávat mlčenlivost, a to i na dobu po mé smrti. Souhlasím, aby pojistitel přímo nebo prostřednictvím pověřeného zdravotnického zařízení nebo zdravotní pojišťovny podle potřeby zjišťoval můj zdravotní stav. Prohlašuji, že všechny lékaře a zdravotnická zařízení, kteří mne léčili nebo s nimi jsem svůj stav konzultoval/a, zavazuji povinnosti zachovávat mlčenlivost vůči UNIQA pojišťovně a.s. Na základě tohoto prohlášení je zmocňuji k vyhotovení a vydání lékařských zpráv, výpisu ze zdravotní dokumentace. Potvrzuji, že se pojištěné osoby v době sjednání tohoto pojištění nacházejí na území České republiky. V případě, že je některá z pojištěných osob v okamžiku sjednání pojištění již v zahraničí, je pojištění ochrana poskytována nejdříve od 0.00 hodin 7. dne následujícího po datu sjednání pojištění. Potvrzuji, že jsem detailně seznámil všechny pojištěné osoby s obsahem a podmínkami sjednaného pojištění, zejména s výši pojistných částek a se zněním VPP. Pojistník čestně prohlašuje, že je oprávněn za pojištěné osoby učinit výše uvedené souhlasy a prohlášení, a že mu byl pojištěnými osobami udělen souhlas k předání a zpracování jejich osobních údajů UNIQA pojišťovně, a.s. Prohlašuji, že výslovně souhlasím s tím, že zanikne-li cestovní pojištění na základě písemné žádosti pojištěného před počátkem pojištění, vrátí pojistitel zaplacené jednorázové pojistné, snížené o náklady, které vznikly uzavřením pojistné smlouvy – podmínkou je vrácení všech obdržných dokumentů o cestovním pojištění. Zanikne-li cestovní pojištění z jakéhokoliv důvodu v době trvání pojištění, náleží pojistiteli jednorázové pojistné za celou pojistnou dobu.

Informace o zpracování osobních údajů:

Jsem obeznámen a beru na vědomí, že pro účely jednání o uzavření pojistné smlouvy, uzavření pojistné smlouvy a jejího následného plnění dochází ke zpracování osobních údajů ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“). Správci ve smyslu zákona jsou pro tyto účely UNIQA pojišťovna, a.s. a její zprostředkovatel, tedy společnost GTS ALIVE Services s.r.o., sídlem Letenská 118/1, Malá Strana, 118 00 Praha 1, IČ: 28233662, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl C, vložka 134177. Osobní údaje pro shora popsané účely budou zpracovávány výhradně po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích z tohoto smluvního vztahu a souvisejících účetních a daňových předpisů. **Beru rovněž na vědomí, že:** 1. mé jméno, příjmení a má adresa mohou být, jakožto osobní údaje zákazníka společnosti GTS ALIVE Services s.r.o. zpracovány v souladu s § 5 odst. 5 Zákona a to za účelem nabízení obchodu a služeb a to do doby, než s tímto vyjádřím nesouhlas. Nesouhlas mohu vyjádřit pouze písemně na adresu: GTS ALIVE Services s.r.o., sídlem Letenská 118/1, Malá Strana, 118 00 Praha 1; 2. můj e-mail a telefonní číslo může být, jakožto elektronický kontakt pro elektronickou poštu zákazníka společnosti GTS ALIVE Services s.r.o. zpracován v souladu s § 7 odst. 3 zákona č. 480/2004 Sb., o některých službách informační společnosti, ve znění pozdějších předpisů, za účelem šíření obchodních sdělení elektronickými prostředky tykajícími se vlastních obchodních výrobků nebo služeb a to do doby, než odmitnu souhlas s takovýmto využitím elektronického kontaktu. Odmitnout souhlas se zasláním dalších obchodních sdělení mohu využitím příslušného odkazu v každém přijatém obchodním sdělení nebo na e-mailové adrese: support@gtsalive.com. Jsem informován o tom, že pro společnost GTS ALIVE Services s.r.o. tyto osobní údaje případně může zpracovávat, na základě pověření dle § 6 zákona č. 101/2000 Sb., tzv. zpracovatel v podobě reklamní agentury a společnosti GTS ALIVE s.r.o. Společnost GTS ALIVE Services s.r.o. je pak zároveň zpracovatelem pro UNIQA pojišťovna, a.s. v rámci vyřizování nároků z pojistných smluv a při správě osobních údajů pro UNIQA pojišťovna, a.s. Potvrzuji, že jsem řádně informován o právech dle § 11, 12 a 21 zák. č. 101/2000 Sb., mimo shora uvedeného zejména o tom, že mám právo požádat GTS ALIVE Services s.r.o. o informaci o zpracování mých osobních údajů, tj. právo tzv. přístupu k osobním údajům, že mám právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci, atd. V případě pochybností o dodržování svých práv se mohu na GTS ALIVE Services s.r.o. obrátit se žádostí o nápravu či vysvětlení. Veškeré žádosti vůči GTS ALIVE Services s.r.o. mohu doručovat na support@gtsalive.com Dozorovým orgánem je Úřad pro ochranu osobních údajů – www.uoou.cz.

Datum a podpis
pojištěného:

Datum a podpis pojistníka
(pouze u pojištěné osoby
mladší 16 let)

VPPLNÍ ZÁSTUPCE GTS ALIVE

Jméno:

Příjmení:

Podpis a razítko:

Datum:

Podrobnosti o pojištění naleznete na www.isic.cz. Poznámka: pojištění nemůže být sjednáno bez předchozího úplného vyplnění této žádosti!