

Formulár o dôležitých zmluvných podmienkach uzatváranej poistnej zmluvy Zdravotné poistenie cudzincov (DPO 808)

Informácie o poisťovateľovi

1. **Obchodné meno a právna forma poisťovateľa:** Union poisťovňa, a.s. (ďalej len „poisťovateľ“), akciová spoločnosť
2. **Názov štátu, kde sa nachádza sídlo poisťovateľa:** Slovenská republika
3. **Sídlo poisťovateľa:** Bajkalská 29/A, 813 60 Bratislava

Charakteristika poistnej zmluvy

1. **Názov poistenia alebo súboru poistení, ktoré môžu byť dojednané v poistnej zmluve (poistný produkt):**
Individuálne zdravotné poistenie cudzincov na území Slovenskej republiky (poistenie sa riadi Všeobecnými poistnými podmienkami pre Individuálne zdravotné poistenie cudzincov na území Slovenskej republiky, ďalej len „VPP IZPC“).
2. **Popis poistenia alebo súboru poistení, ktoré môžu byť v poistnej zmluve (poistný produkt), a to najmä:**
 - a) **poistné riziko:**
zmena zdravotného stavu poisteného v dôsledku úrazu, choroby alebo tehotenstva, ktorá si vyžiadala poskytnutie zdravotnej starostlivosti alebo neodkladnej zdravotnej starostlivosti na území Slovenskej republiky.
 - b) **všeobecná charakteristika poistného plnenia:**
z poistenia má poistený nárok na úhradu liečebných nákladov za zdravotné výkony poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, náklady na lieky, zdravotnícke pomôcky a v prípadoch, v ktorých si to vyžaduje zdravotný stav poisteného, aj dopravu k najbližšiemu poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti.
 - c) **podmienky, za ktorých nevzniká poisťovateľovi povinnosť poskytnúť poistné plnenie, alebo je poisťovateľ oprávnený poistné plnenie znížiť:** Union neposkytne poistné plnenie v prípadoch uvedených v článku 5 VPP IZPC. Union má právo primerane znížiť poistné plnenie v súlade s článkom 11 VPP IZPC
3. **Informácia o dôsledkoch nezaplatenia poistného :**
Poistné sa platí jednorazovo za celú poistnú dobu najneskôr v deň uzavretia poistnej zmluvy.
V zmysle §801 bod 1 Občianskeho zákonníka ak poistník nezaplatí jednorazové poistné do 3 mesiacov odo dňa splatnosti (dňom splatnosti je deň uzavretia poistnej zmluvy) poistenie zanikne. Aj v prípade, že poistenie zanikne pre neplatenie poistného, poisťovateľ má nárok na zaplatenie dlžného poistného za obdobie do zániku poistnej zmluvy.
4. **Doplnkové administratívne služby, ktorých spoplatnenie nie je zahrnuté v poistnom, poplatky s nimi spojené a spôsob sprístupňovania informácií o ich zmene:**
V prípade, že poistník požiadava o vystavenie duplikátu preukazu poistenca, Union má nárok na úhradu nákladov s tým spojených, minimálne 3,00 EUR za jeden preukaz
5. **Podmienky odstúpenia od poistnej zmluvy a vypovedania poistnej zmluvy**
V zmysle § 802 Občianskeho zákonníka môže poisťovateľ pri vedomom porušení povinností uvedených v ustanoveniach § 793 od poistnej zmluvy odstúpiť, ak pri pravdivom a úplnom zodpovedaní otázok by poistnú zmluvu neuzavrel. Toto právo môže poisťovateľ uplatniť do troch mesiacov odo dňa, keď takú skutočnosť zistil; inak právo zanikne.
Rovnako ak sa poistiteľ dozvie až po poistnej udalosti, že jej príčinou je skutočnosť, ktorú pre vedome nepravdivé alebo neúplné odpovede nemohol zistiť pri dojednávani poistenia a ktorá pre uzavretie poistnej zmluvy bola podstatná, je oprávnený plnenie z poistnej zmluvy odmietnuť; odmietnutím plnenia poistenie zanikne

6. Spôsob vybavovania sťažností:

Sťažnosti na správnosť a kvalitu služieb Unionu sa podávajú písomnou formou na ktoromkoľvek jej pracovisku. O výsledku vybavenia sťažnosti bude osoba podávajúca sťažnosť informovaná listom do 30 dní odo dňa prijatia sťažnosti. Ak vybavenie sťažnosti bude trvať dlhšie, ako je uvedené v predchádzajúcej vete, bude o tejto skutočnosti osoba podávajúca sťažnosť písomne informovaná.

Upozornenie poistníka

Informácie uvedené v tomto formulári neobsahujú úplný rozsah práv a povinností, ktorý poistníkovi vyplýva z uzavretia poisťovnej zmluvy a nenahrádzajú informačné povinnosti ustanovené všeobecne záväznými právnymi predpismi pri predaji alebo sprostredkovaní poisťovních produktov.

Klient svojím podpisom potvrdzuje, že mu bol pred uzavretím poisťovnej zmluvy odovzdaný tento formulár.

.....
dátum

.....
podpis