MetLife

MetLife Amslico poisťovňa, a.s., so sídlom Pribinova 10, 811 09 Bratislava, Slovenská republika,
zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Oddiel:Sa, Vložka č.: 918/B, IČO: 31 402 071,
(ďalej aj „Poisťovateľ" alebo „MetLife Amslico"). MetLife Amslico je súčasťou spoločnosti MetLife, Inc.

Poistenie pre prípad straty života, poistenie pre prípad úplnej trvalej invalidity, úplnej dočasnej invalidity, poistenie pre prípad nedobrovoľnej straty zamestnania

PREHĽAD POISTNÉHO KRYTIA

Tento Prehľad poistného krytia bližšie charakterizuje poistenie pre prípad straty života, poistenie pre prípad **úplnej trvalej invalidity** (ďalej len ÚTI) alebo **úplnej dočasnej invalidity** (ďalej len ÚDI) ako i poistenie pre prípad **nedobrovoľnej straty zamestnania** (ďalej len NSZ) tak, ako sú tieto poskytované v rámci ponuky spoločnosti VÚB, a.s. podľa Rámcovej poistnej zmluvy č.500.006 (ďalej len „ Poistná zmluva").
MetLife Amslico poisťovňa, a.s., ďalej aj poistiteľ (alebo v texte tiež my, naše, nám a pod.) sa týmto zaväzuje poskytnúť Vám nižšie uvedené poistné krytie, pre ktoré ste oprávnený v súlade s nižšie uvedenými podmienkami, ustanoveniami, definíciami, výnimkami a obmedzeniami.
Niektoré slová v tomto prehľade majú špecifický význam. Sú vytlačené **hrubým písmom** a sú vysvetlené v odstavci s názvom **POJMY.**

1. OPRÁVNENOSŤ K POISTENIU

K poisteniu ste oprávnený, ak ku dňu podpisu Vašej prihlášky spĺňate nasledovné podmienky:
a)máte viac ako 18 rokov a menej ako 75 rokov
b) prostredníctvom Vašej Prihlášky ste sa prihlásili do poistenia splátok
c) podpísali ste prehlásenie, že skutočnosti uvedené v zdravotnom prehlásení sú úplné a pravdivé, a že ste sa oboznámili a súhlasíte s týmto Prehľadom poistného krytia a poistnými podmienkami.
d) v prípade, že ste prekročili hranicu 60 rokov, máte platnú **zmluvu** a zároveň ste sa prihlásili do poistenia splátok, Vaše poistné krytie sa bez ohľadu na jeho pôvodnú kombináciu mení pri nezmenenom poistnom na nasledovnú kombináciu:
   - Poistenie pre prípad straty života z dôvodu úrazu, ktoré zanikne dovŕšením **Vášho** 75. roku života
   - Poistenie pre prípad fyzickej straty dvoch alebo viacerých končatín (nad alebo v zápästí alebo členku) alebo strata zraku oboch očí z dôvodu úrazu, ktoré zanikne dovŕšením **Vášho** 75. roku života.
   - Poistenie **ÚTI** z dôvodu úrazu, ktoré zanikne dovŕšením **Vášho** 65–teho roku
   - Poistenie **ÚDI** spôsobenej úrazom, ktoré zanikne dovŕšením **Vášho** 65–teho roku

Poistné plnenie tejto kombinácie sa riadi odstavcom 3.1 tohto Prehľadu poistného krytia.

2.POJMY

a) **Zmluva:** Zmluva o vydaní a používaní kreditnej platobnej karty VÚB, a.s., vydávanej v spolupráci s CFH (Consumer Finance Holding, a.s.), ktorú ste uzavreli, a na základe ktorej platíte spoločnosti VÚB, a.s. **mesačné splátky.** Jej súčasťou je Žiadosť o vydanie kreditnej platobnej karty VÚB, a.s., vydávanej v spoluprácu s CFH, ktorá zároveň slúži ako Prihláška do poistného programu.
b) **Vy, Váš a pod., tiež Poistený:** Fyzická osoba uvedená v zmluve, ktorá je poistenou osobou a na ktorú sa vzťahujú podmienky poistného krytia podľa Poistnej zmluvy.
c) **Deň začatia poistenia:** Deň, ktorým začína Vaše poistné krytie podľa odstavca 4.
d) **Deň ukončenia poistenia:** Deň, ktorým končí Vaše poistné krytie podľa odstavca 4.
e) **Úraz:** telesné poškodenie, neúmyselné a neovplyvnené zo strany poisteného, vzniknuté priamo (a nezávisle od iných okolností) následkom náhlej a náhodnej vonkajšej príčiny, ktorej je poistený obeťou v čase trvania poistenia na základe uzavretej Poistnej zmluvy.
f) **Choroba:** akýkoľvek patologický stav alebo stav abnormálneho fungovania telesných orgánov poisteného, ktoré nevznikli následkom úrazu a sú objektívne diagnostikovateľné.
g) **Telesné poškodenie zapríčinené úrazom:** predstavuje stav telesného poškodenia poisteného následkom úrazu v čase trvania poistenia na základe uzavretej Poistnej zmluvy, pričom poškodenie je objektívne diagnostikovateľné a nezávisle od iných príčin spôsobilo invaliditu v zmysle ustanovení uzavretej Poistnej zmluvy.
h) **Úplná trvalá/dočasná invalidita:** úplná a nezmeniteľná/dočasná neschopnosť vykonávať akúkoľvek prácu alebo zamestnanie prinášajúce mzdu, kompenzáciu, výnos alebo zisk, po zvyšok života/počas minimálne 60dní ako následok **úrazu** alebo **choroby.** Poistiteľ si vyhradzuje právo lekárskej prehliadky poisteného za účelom stanovenia, či je úplne a trvale/dočasne invalidný v súlade s poistnými podmienkami za predpokladu, že takýto stav trvá minimálne počas čakacej doby. V prípade celkovej a nezvratnej straty zraku oboch očí alebo straty dvoch alebo viacerých končatín (alebo rúk nad zápästím alebo chodidiel nad členkom), môže sa od čakacej doby upustiť.
i) **Mesačné splátky:** Suma splatná každý mesiac na základe **Vašej zmluvy.**
j) **Nedobrovoľná strata zamestnania:** stav nezamestnanosti poisteného, ktorý vznikol následok jednostranného rozhodnutia zamestnávateľa poisteného skončiť pracovnoprávny vzťah s poisteným z akéhokoľvek dôvodu, okrem výluk uvedených v tomto prehľade poistného krytia.
k) **Nezamestnaná osoba:** každá osoba, ktorá je v Slovenskej republike registrovaná v evidencii nezamestnaných na

príslušnom úrade práce a zároveň jej vznikol nárok na podporu v nezamestnanosti.

l) Čakacia doba: súvislé časové obdobie za ktoré sa neplatí poistné plnenie, ktoré začína dňom vzniku poistnej udalosti, a ktoré trvá 60 dní pre poistenie **ÚDI,** 90 dní pre poistenie **NSZ,** resp. 12 mesiacov pre poistenie **ÚTI.**

m) **Odkladná doba:** súvislé časové obdobie plynúce od začiatku poistenia, počas ktorého nedobrovoľná strata zamestnania poisteného nie je považovaná za poistnú udalosť, a ktoré trvá 90 dní.

3. PREHĽAD PLNENIA

Maximálna poistená výška zostávajúcich splátok všetkých Vašich zmlúv je 4 979,09 EUR. Maximálna poistená výška mesačnej splátky všetkých Vašich zmlúv je 199,16 EUR. Akýkoľvek pokus o poskytnutie nepravdivých informácií bude mať za následok ukončenie poistného krytia.

3.1 ZÁKLADNÝ POISTNÝ BALÍK
POISTNÉ PLNENIE V PRÍPADE STRATY ŽIVOTA, ÚPLNEJ TRVALEJ INVALIDITY ALEBO ÚPLNEJ DOČASNEJ INVALIDITY

Ak nastane úmrtie alebo ak ste boli uznaný za úplne trvale invalidnú osobu po dni začatia poistenia a pred dňom ukončenia poistenia, uhradíme za Vás nesplatený úver ku dňu úmrtia alebo ku dňu uznania **ÚTI,** znížený o neuhradené splátky a záväzky splatné pred dňom úmrtia, resp. pred dňom uznania **ÚTI.**

V prípade, že nevykonávate prácu po dobu minimálne 60 nepretržitých dní (čakacia doba) z dôvodu **úplnej dočasnej invalidity,** ktorá začala po dni začatia poistenia, uhradíme jednu **mesačnú splátku** za každé ďalšie nepretržité obdobie 30 dní trvania úplnej dočasnej invalidity a to až dovtedy, kým nenastane prvá z nasledujúcich udalostí:

a) podľa nášho lekára už nie ste úplne dočasne invalidný a ste schopný pracovať,
b) nastala smrť, **ÚTI,** alebo ste začali poberať poistné plnenie z dôvodu **NSZ,**
c) dosiahli ste vek 65 rokov,
d) začali ste poberať príjem za vykonávanú prácu alebo inú zárobkovú činnosť (aj čiastočnú),
e) začali ste poberať starobný dôchodok, vrátane predčasného starobného dôchodku za predpokladu, že bude upravený právnymi predpismi platnými na území Slovenskej republiky v danom čase, alebo dôchodok za výsluhu rokov,
f) uhradili sme celkom 12 **mesačných splátok** v rámci poistného plnenia v prípade jednej poistnej udalosti **úplná dočasná invalidita,** alebo celkom 18 **mesačných splátok** v rámci jej viacerých poistných udalostí,
g) skončila platnosť **Vašej zmluvy.**

Poistiteľ má právo kedykoľvek po uznaní stavu **úplnej dočasnej invalidity** poisteného požadovať dôkaz o jej ďalšom trvaní.
Poistiteľ má taktiež právo kedykoľvek v priebehu obdobia výplaty poistného plnenia žiadať poisteného o absolvovanie zdravotnej prehliadky u lekára určeného poistiteľom.
Poistiteľ má právo pred vyplatením poistného plnenia v rámci tejto zmluvy žiadať poisteného o absolvovanie zdravotnej prehliadky u lekára určeného poistiteľom, ak je to v priebehu šetrenia poistnej udalosti potrebné alebo žiadať poisteného, aby podstúpil krvný test, vrátane testu HIV ako nevyhnutnú podmienku pre vyplatenie poistného plnenia.

3.2 ŠTANDARDNÝ POISTNÝ BALÍK
OBSAHUJE ZÁKLADNÝ POISTNÝ BALÍK ROZŠÍRENÝ O POISTNÉ PLNENIE NEDOBROVOĽNEJ STRATY ZAMESTNANIA

Poistenie **NSZ** je určené len nepodnikajúcim fyzickým osobám. K poistnému plneniu ste oprávnený len ak Váš pracovnoprávny vzťah bol v čase vzniku poistenia uzavretý na dobu neurčitú (neplatí pri ďalších poistných udalostiach) u jedného zamestnávateľa v súkromnom alebo verejnom sektore s najmenej 30 hodinovým pracovným týždňom a trvalpočas posledných 12 po sebe nasledujúcich mesiacov.

Ak ste sa nie skôr ako po 90 dňoch od dňa začatia poistenia (odkladná doba) stali nezamestnanou osobou a tento stav trvá minimálne po dobu 90 nepretržitých dní (čakacia doba),uhradíme jednu **mesačnú splátku** za každé ďalšie nepretržité obdobie 30 dní existencie **NSZ** a to až dovtedy, kým nenastane prvá z nasledujúcich udalostí:

a) zaniknú predpoklady pre jej vyplácanie,
b) nastala smrť, **ÚTI,** alebo ste začali poberať poistné plnenie z dôvodu **ÚDI,**
c) dosiahli ste vek 62 rokov,
d) začali ste poberať príjem za vykonávanú prácu alebo inú zárobkovú činnosť (aj čiastočnú),
e) začali ste poberať starobný dôchodok, vrátane predčasného starobného dôchodku za predpokladu, že bude upravený právnymi predpismi platnými na území Slovenskej republiky v danom čase, alebo dôchodok za výsluhu rokov,
f) uhradili sme 24 **mesačných splátok** v rámci poistného z dôvodu **NSZ,**
g) skončila platnosť **Vašej zmluvy.**

Podmienkou vzniku ďalšej poistnej udalosti **NSZ** je existencia Vášho pracovnoprávneho vzťahu nepretržite minimálne po dobu 12 mesiacov od zániku predchádzajúcej poistnej udalosti **NSZ.**

Pre prípad ďalšej poistnej udalosti sa podmienka pracovnoprávneho vzťahu trvajúceho po vymedzenú dobu považuje za splnenú aj v prípade pracovného pomeru dojednaného na dobu určitú.

4.KEDY ZAČÍNA A KEDY KONČÍ VAŠE POISTNÉ KRYTIE

Vaše poistné krytie začína nultou hodinou dňa, ktorý bezprostredne nasleduje po dni, kedy ste prvýkrát použili kreditnú platobnú kartu VÚB, a.s. za predpokladu, že ste sa predtým v **zmluve** prihlásili do jedného z dvoch ponúkaných poistných programov.
Vaše poistné krytie končí k prvému z nasledovných dní:

a)deň **Vášho** úmrtia alebo deň, keď bol uznaný stav Vašej **úplnej trvalej invalidity,**
b) deň, keď skončila platnosť **Vašej zmluvy,**
c) deň v ktorom ste dosiahli vek 70 rokov,
d) deň, ktorým uplynula ochranná lehote pri neplatení poistného v zmysle Občianskeho zákonníka.

Toto poistenie nevytvára nárok na odkupnú hodnotu a nemá žiadnu súvislosť ani vzťah s dodatkovým ziskom Poistiteľa.

5.VÝLUKY Z POISTENIA

5.1 Poistné plnenie nebude vyplatené v prípade, že **Vaše** úmrtie alebo **úplná trvalá/dočasná invalidita** boli zapríčinené priamo alebo nepriamo, úplne alebo čiastočne niektorým z nasledujúcich faktorov:

1) akoukoľvek **Vašou** chorobou alebo invaliditou existujúcou pred dňom nadobudnutia účinnosti poistenia,
2) chorobou AIDS (Syndróm získaného zlyhania imunity) alebo chorobami s AIDS súvisiacimi alebo vírusom HIV,
3) letom akýmkoľvek leteckým prostriedkom okrem prípadu, keď letíte ako pasažier pravidelnej leteckej linky na obvyklej trase linky prevádzkovanej registrovaným prepravcom oprávneným k preprave osôb, alebo okrem **Vašej** prepravy ako pacienta alebo zraneného alebo sprievodcu dopravného prostriedku prvej pomoci alebo lietadla alebo helikoptéry prvej pomoci,
4) samovraždou počas prvých dvoch rokov bez ohľadu na **Váš** duševný stav,
5) úmyselným telesným sebapoškodením poisteného bez ohľadu na **Váš** duševný stav,
6) chronickým alkoholizmom, následkom požitia alkoholu, závislosťou alebo zneužitím drog alebo liekov,
7) vojnou, nepriateľskými akciami, občianskou vojnou a to kedykoľvek v čase mieru alebo vojny, akýmikoľvek nepokojmi, akýmikoľvek nezákonnými činmi, teroristickými akciami,
8) účasťou na profesionálnej športovej činnosti alebo na akomkoľvek športe vyžadujúcom motorový pohon, box, potápanie, parašutizmus, závesné kĺzanie, iné bezmotorové lietanie, jazda na koni, horolezectvo,
9) počas **Vášho** výkonu služby v ozbrojených silách ktorejkoľvek krajiny alebo medzinárodnej organizácie v čase mieru alebo vojny,
10) vystavením **Vášho** tela nukleárnemu žiareniu (či už dobrovoľne alebo nie)resp. rádioaktivite vo vojne alebo počas vojne podobných operácií alebo v mieri,
a **úplná dočasná invalidita** ešte navyše:
11) bolesťami chrbta, ak nie sú podložené klinickým nálezom, napr. röntgenovým snímkom,
12) akýmikoľvek psychickými mentálnymi, alebo nervovými poruchami, vrátane nervového zrútenia, pocitov úzkosti alebo iných porúch súvisiacich so stresom,
13) manipuláciou so zbraňami, výbušninami, otravnými, alebo horľavými látkami.

5.2 Poistiteľ nie je povinný vyplatiť poistenému poistné plnenie v prípade **NSZ** ak ide o niektorý z nasledovných prípadov:
a) nedobrovoľná strata zamestnania počas odkladnej doby,
b) dôvodom nedobrovoľnej straty zamestnania je skončenie pracovného pomeru dojednaného na dobu určitú, okrem prípadu kedy sa jedná o ďalšiu poistnú udalosť NSZ,
c) zamestnávateľom je Vám blízka osoba, alebo ak ste významným akcionárom zamestnávateľa, členom jeho predstavenstva alebo dozornej rady,
d) dôvodom nedobrovoľnej straty zamestnania je vami daná výpoveď alebo skončenie pracovnoprávneho vzťahu dohodou,
e) dôvodom nedobrovoľnej straty zamestnania je porušenie pracovnej disciplíny,
f) Vaše odmietnutie inej vhodnej ponúknutej práce zo strany spoločnosti, v ktorej ste stratili zamestnanie z dôvodu organizačných zmien.

5.3 Poistenie je platné 24 hodín denne, celosvetovo. Akýkoľvek stav invalidity však môže uznať len lekár osobitne určený poistiteľom.

6.RIEŠENIE POISTNÝCH UDALOSTÍ

6.1 Hlásenie o poistnej udalosti

Hlásenie o poistnej udalosti je akceptované poistiteľom iba v prípade, že ste boli v čase poistnej udalosti krytý poistením ktoré je predmetom tohto Prehľadu poistného krytia. V záujme vyplatenia poistného plnenia ste povinný okamžite informovať poistiteľa o Vašej úplnej trvalej/dočasnej invalidite, prípadne o NSZ. O Vašom úmrtí je povinný okamžite informovať poistiteľa manžel/manželka poisteného, ak ho niet, deti poisteného alebo rodičia poisteného alebo osoby, ktoré žili s poisteným v jednej domácnosti alebo dedičia poisteného.

1.Pri každom hlásení o poistnej udalosti ste povinný predložiť spoločnosti MetLife Amslico poisťovňa, a.s.:
– úradne overenú kópiu Vášho rodného listu,
– všetky lekárske správy týkajúce sa Vášho ochorenia /úrazu ,ktoré sú dôvodom hlásenia o poistnej udalosti,
– meno a presnú adresu (podľa možnosti aj telefón) Vášho ošetrujúceho lekára, ktorý má k dispozícii Vašu zdravotnú dokumentáciu,
– ak bola poistná udalosť vyšetrovaná políciou – kontaktnú adresu príslušného policajného oddelenia, prípadne telefón a meno vyšetrovateľa.

2. V prípade **straty života** naviac:
– úradne overenú kópiu úmrtného listu,
– kópiu Listu o prehliadke mŕtveho,
– kópiu záverečnej lekárskej správy, ak úmrtie nastalo v zdravotníckom zariadení.

3. V prípade **úplnej trvalej invalidity** naviac:
– lekársku správu detailne popisujúcu **Váš** zdravotný stav,
– dôkaz o **Vašom** riadnom zamestnaní v deň úrazu alebo v prvý deň choroby, ktoré boli príčinou **Vašej úplnej trvalej invalidity,**
– kópiu rozhodnutia a kópiu zápisnice o rokovaní Sociálnej poisťovne, na základe ktorej **Vám** bola priznaná invalidita.

4. V prípade **úplnej dočasnej invalidity** naviac:
– potvrdenie od Vášho lekára o tom, kedy invalidita začala, o jej príčinách, predpokladanom trvaní a:
– ak ste zamestnaný: kópiu pracovnej zmluvy a potvrdenie od Vášho zamestnávateľa potvrdzujúce skutočnosť, že nevykonávate prácu v dôsledku Vašej ÚDI; kópie oznámení o platbe sociálnych príspevkov, ktoré dostávate v súvislosti s Vašou invaliditou od jej začiatku alebo
– ak ste podnikajúca fyzická osoba: kópiu oficiálnej registrácie Vášho podnikania a Vašej poslednej platby sociálnych príspevkov a dane z príjmu

5. V prípade **nedobrovoľnej straty zamestnania** naviac:
– kópiu **Vašej** pracovnej zmluvy potvrdzujúcej, že ste boli v čase uzavretia poistnenia zamestnaný na dobu neurčitú (pri ďalších poistných udalostiach môže byť aj na dobu určitú) u jedného zamestnávateľa v súkromnom alebo verejnom sektore s najmenej 30 hodinovým pracovným týždňom nepretržite počas posledných 12 po sebe nasledujúcich mesiacov.
– kópiu výpovede danej **Vám** zamestnávateľom s uvedením jej dôvodu (iba par.63/1a–b Zákonníka práce),
– kópiu potvrdenia o **Vašom** zaradení do evidencie nezamestnaných na príslušnom úrade práce,
– kópiu rozhodnutia o tom, že **Vám** bola priznaná podpora v nezamestnanosti vrátane určenia doby, jej vyplácania,
– **Vaše** čestné prehlásenie, že ste neodmietli inú vhodnú prácu, resp. zamestnanie ponúknuté **Vám Vašim** posledným zamestnávateľom, že **Vašim** posledným zamestnávateľom nebola Vám blízka osoba, že ste neboli jeho významným akcionárom, ani členom predstavenstva alebo dozornej rady.

6.2.Formuláre pre poistnú udalosť a dokazovanie

Klient nahlasuje poistnú udalosť písomnou formou (formou listu, bez použitia tlačiva na nahlásenie poistnej udalosti) na

adresu MetLife Amslico poisťovňa, a.s., Oddelenie poistných udalostí, Pribinova 10, 811 09 Bratislava. Po obdržaní hlásenia o poistnej udalosti spolu s požadovanými dokladmi **Vám** v prípade potreby zašle MetLife Amslico poisťovňa, a.s.. na vyplnenie Formuláre pre poistnú udalosť. Tieto spolu s požadovanými dokumentmi doručíte spoločnosti MetLife Amslico poisťovňa, a.s. bezodkladne od nastania poistnej udalosti.

Poistiteľ si vyhradzuje právo požiadať o ďalšie doklady, ktoré sú nevyhnutné a potrebné na posúdenie príčin a okolností poistnej udalosti, ktorá je predmetom hlásenia, ako napríklad doklad o tom, že:

– poistné za **Vaše** poistenie bolo riadne uhradené,
– údaje z **Vašej** predloženej **zmluvy** sú zhodné s údajmi z mesačného hlásenia o nových klientoch zaslaného Poistiteľovi k dátumu účinnosti **Vášho** poistenia,
– spĺňate vekové podmienky poistenia,
– poistná udalosť nespadá do výluk podľa VPPŽPCL a týchto zmluvných dojednaní,
– všetky ďalšie podmienky platné pre toto poistenie sú splnené.

Nezabudnite prosím, že **úplná dočasná invalidita** musí byť nahlásená spločnosti MetLife Amslico poisťovňa, a.s. do prvých 90 dní od začatia **invalidity.**

Nedobrovoľná strata zamestnania musí byť nahlásená spločnosti MetLife Amslico poisťovňa, a.s. do prvých 120 dní, ktoré však začínajú plynúť najskôr po počiatočných 90 dňoch odkladnej doby. V prípade, že poistná udalosť bude nahlásená neskôr, vyhradzujeme si právo krátiť poistné plnenie za poistnú udalosť alebo ju posudzovať ako keby začala až v období, keď bola nahlásená. Žiadame **Vás,** aby ste vyplnili aj následné formuláre poistnej udalosti pre každé ďalšie obdobie 30 dní počas ktorých **ÚDI/NSZ** naďalej trvá a tieto formuláre je potrebné zaslať vyplnené späť spločnosti MetLife Amslico poisťovňa, a.s. v priebehu 21 dní odo dňa, keď sme naposledy uhradili **mesačné splátky,** aby sme mohli pokračovať v platbách.

V prípade potreby môžeme požadovať predloženie ďalších nevyhnutných dôkazov o **Vašej** oprávnenosti k poistnému plneniu na Vaše náklady. Tak isto si vyhradzujeme právo vykonať kedykoľvek lekársku prehliadku na naše vlastné náklady, a to predovšetkým pred uhradením ďalšej **mesačnej splátky.**

7.STAROSTLIVOSŤ O ZÁKAZNÍKOV

Naším cieľom je poskytovať vždy prvotriedne služby. Ak napriek tomu máte nejaké pochybnosti týkajúce sa **Vášho** poistenia alebo máte akýkoľvek dôvod pre sťažnosť, kontaktujte prosím písomne Oddelenie poistných udalostí na adrese spoločnosti MetLife Amslico poisťovňa, a.s., alebo v prípade ďalších otázok telefonicky Infolinku 02/59 363 111. Nezabudnite uviesť **Vaše** meno, priezvisko, rodné číslo, číslo **Vašej zmluvy** (pokiaľ je to možné) ako i názov VUB Platobné karty poistenie Amslico. O spôsobe vybavenia sťažnosti budete vyrozumený do 30 dní od dátumu jej obdržania.