

15-02-2011
ev.č. návrhu:
9316 945184 zbyl



GLT93169451841



VL
publika
antský servis 844 188 188
(dále jen "pojistitel")

Návrh na uzavření pojistné smlouvy pojištění s bonifikací (dále jen "návrh")

datum počátku pojištění: **1. 3. 2011** pojistná doba: pojištění se sjednává na dobu neurčitou návrh pojistníka tarif ZB

Pojistník / korespondenční adresa / kontaktní spojení / je-li adresa trvalého pobytu odlišná, uveďte ji v odchylkách k návrhu

titul: **--** jméno: **--** rodné číslo / IČ: **25968700**

příjmení (příp. obchodní firma, název): **Lesy a parky Trutnov s.r.o.** datum narození: **--**

pohlaví: **--** státní občanství: **CZ** současné, případně i vedlejší povolání / OSVČ předmět podnikání a místo podnikání: **lesnictví**

ulice: **Úpická** č. popisné / č. orientační: **469**

obec - část obce: **Trutnov 1** PSČ: **541 01**

Je-li adresa bydliště některého z pojištěných odlišná od adresy pojistníka, uveďte ji ve zvláštní příloze. telefon: **[redacted]**

e-mail (povinné pro zaslání informací o bonifikaci): **[redacted]**

Pojištěné osoby (lze sjednat pro osoby se vstupním věkem dítě: 0 – 14 let, dospělý: 15 – 64 let, max. 2 senioři: 65 – 70 let).

Rozsah pojištění

	Varianta A) se zdravotním dotazníkem	Varianta B) bez zdravotního dotazníku (a speciální varianty se zjednodušenou akceptací)	Přírázky, slevy	Pojistné
Pojištěný				
č. 1				
č. 2				
č. 3				
č. 4				
č. 5				
č. 6				
č. 7				
č. 8				

Všechny pojištěné osoby musí mít vždy sjednáno DOUB/DOVB v kombinaci s TNPB nebo ÚTZB

roční pojistné - Pojištěný č. 1: pojištění pro případ smrti

DUAB lze sjednat pouze pro osoby od 18 - 64 let
PN sjednání HOUB nutno vždy vyplnit zdravotní dotazník

celkové roční pojistné

celkové roční pojistné po slevě za počet osob = celkové lůžní pojistné x koeficient

celkové pojistné dle způsobu placení = celkové roční poj. po slevě za počet osob x frekvence

Pojistné období / způsob placení

roční
 pololetní
 čtvrtletní
 měsíční
 poštovní poukázkou
 bankovním převodem
 sruženou poštovní poukázkou

SIPO
 inkasem z účtu

spojovací číslo pro SIPO: _____ číslo účtu: _____ kód banky: _____

Pojistné podmínky, další ujednání, přílohy

Pojištění se řídí všeobecnými pojistnými podmínkami pro soukromé pojištění osob (VPP POS 2005/01) a zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění s bonifikací (ZPP BON 2009/01), které tvoří nedílnou součást návrhu. Návrh je nutné vyhotovit v písemné formě. Nedílnou součástí návrhu jsou informace pro klienta, poučení subjektu údajů, Tabulek UP 2009/01 a zdravotní dotazník vyplněný každou pojištěnou osobou, není-li ujednáno jinak. Nezpůsobují některé z otázek uvedených ve zdravotním dotazníku bude považováno za zapomenutí odpovědět. Smluvní strany výslovně ujednávají, že v případě pojistných událostí, které jsou způsobeny stejnou příčinou a k nimž dojde ve stejný okamžik z více osob pojištěných touto pojistnou smlouvou, činí maximální výše vyplacených pojistných plnění z takových pojistných událostí _____ . Pokud není výslovně uvedeno jinak, je korespondenční adresa pojištěných osob totožná s korespondenční adresou pojistníka. Odchytné od ZPP BON 2009/01 se ujednává: plynulí invalidní důchodem se rozumí plynulí invalidní důchod a invalidní důchod pro invaliditu III. stupně podle platných předpisů o sociálním zabezpečení, částečným invalidním důchodem se rozumí částečný invalidní důchod a invalidní důchod pro invaliditu II. a I. stupně podle platných předpisů o sociálním zabezpečení.

Odchytky, dodatky nebo přílohy k návrhu: Trvalé bydliště, sídlo pojistníka: Úpická 469, 541 01 Trutnov 1 THP = technicky hospodářský pracovník a lesní v dané firmě vykonává činnost nemanuálního charakteru

15-02-2011

Jiné podmínky nebyly dohodnuty.

Prohlášení pojistníka / pojištěného: Potvrzuji, že jsem přečel a před uzavřením pojistné smlouvy jsem byl/a seznámen/a se znáním všeobecných pojistných podmínek pro soukromé pojištění osob (VPP POS 2005/01), zvláštních pojistných podmínek pro pojištění s bonifikací (ZPP BON 2009/01) a Tabulek UP 2009/01 platných pro sjednané druhy pojištění a jejich obsahem souhlasím. Dále prohlašuji, že mi byly poskytnuty před uzavřením pojistné smlouvy přesným, jasným způsobem, písemně a v českém jazyce informace o pojištění a informace o pojistném vztahu ve smyslu § 66 a § 67 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě. Prohlašuji, že tento návrh na uzavření pojištění odpovídá mému pojistnému zájmu a mým pojistným potřebám, které jsem vyjádřil/a pojištěním nebo jiným pověřenému zástupci - pojišťovacímu zprostředkovateli před uzavřením pojistné smlouvy a s rozsahem a podmínkami pojištění jsem souhlasím. Jsem si vědom/a své povinnosti pravidelně a úplně odpovídat na všechny dotazy pojistitele a uvést všechny informace i ty, které se mi jeví jako nepodstatné. Prohlašuji, že pro sjednání pojištění nejsem nepříslušnou osobou ve smyslu zvláštních pojistných podmínek ZPP BON 2009/01. Beru na vědomí, že při porušení těchto povinností má pojištěl právo od pojistné smlouvy odstoupit, snížit nebo odmítnout pojistné plnění. V případě vzniku škodní události zprostředkují státní zastupitelství, policie a další orgány činné v trestním řízení, hasičský záchranný sbor, lékaře, zdravotnická zařízení, záchrannou službu povinnosti mlčenlivosti. Současně se zavazují informovat pojištětele o ošetřujících lékařích a zdravotnických zařízeních a zajišťovat od nich pojištětele požadované zprávy. Zároveň pojištěl souhlasí k naházení do zdravotnické dokumentace a dále se zavazují poskytnout mu veškeré informace shromážděné ve zdravotnické dokumentaci vedené o mé osobě a v jiných zápisech, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu nebo jejich poskytnutí zajištil. Zprostředkují mlčenlivosti a zmocňují tímto ošetřující lékaře, zdravotnická zařízení, zdravotní pojišťovny a orgány správy sociálního zabezpečení k poskytnutí informací a dokladů ze zdravotnické dokumentace; dále pojištěle zmocňují, aby si od lékařů a zdravotnických zařízení vyzískoval nutné informace o mém zdravotním stavu bez obsahového omezení. Zavazují se zajistit na výzvu pojištětele bezodkladně veškeré informace o zdravotní péči, která mi byla poskytnuta lékaři a zdravotnickými zařízeními z veřejného zdravotního pojištění. Zároveň souhlasím s tím, aby pojištěl v případě potřeby ověřoval, zda pobírám invalidní důchod. Zmocňuji tímto pojištětele k naházení do podkladů jiných pojišťoven v souvislosti se šetřením škodních událostí a výplatou pojistného plnění. Výše uvedené souhlasí a zmocnění se vztahují i na dobu po mé smrti. Beru na vědomí, že pojištěl není povinen vyplatit pojistné plnění do doby, než mi budou poskytnuty doklady potřebné pro likvidaci škodní události, zejména ty, které si vyžádá. Zprostředkují mlčenlivosti o mém pojištění a o případných škodních událostech ve vztahu k zajištění pro potřeby zajištění pojištěle. Zároveň souhlasím s předáním a poskytováním svých osobních údajů a údajů o mém zdravotním stavu a finanční situaci koncernu Generali a jeho dceřným společnostem pro účely přetí návrhu na uzavření pojistné smlouvy, šetření škodních událostí a výtěžování pojistné smlouvy a dalších činností vztahujících se k pojištění. Souhlasím s předáním a poskytováním svých osobních údajů a údajů o zdravotním stavu subjektivně mezinárodního koncernu Generali a jeho zajišťovacími zprostředkovateli pro obecné závazky právních předpisů. Souhlasím s předáním a poskytováním svých osobních údajů a údajů o zdravotním stavu subjektivně mezinárodního koncernu Generali a jeho zajišťovacími partnery v souladu s právními předpisy pro účely a dobu, uvedenou v předchozí větě. Odvoláním souhlasu se zpracováním osobních údajů pojistné smlouvy zaniká, pojištěl dále neprovozuje šetření škodních událostí a výplaty pojistných plnění. Dále souhlasím s tím, abych byl/a v záležitostech pojistného vztahu nebo v záležitostech nabídky pojišťovnic a souvisejících finančních služeb a jiných obchodních sdělení pojištěle nebo nabídky služeb a jiných obchodních sdělení členů mezinárodního koncernu Generali a spolupracujících obchodních partnerů kontaktován na mou uváděnou korespondenční adresu nebo kontaktní spojení. Zprostředkují mlčenlivost o mém pojištění a o případných škodních událostech ve vztahu k zajištění pro potřeby zajištění pojištěle.

Souhlasím s tím, aby pojištěl pro potřeby identifikace účastníka obchodu podle zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, pořídil fotokopii dokladu totožnosti, na jehož základě byla provedena identifikace. Prohlašuji, že jsem byl/a ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., informován/a o svých právech a o povinnostech správce, zejména o právu přístupu k osobním údajům, jakož i o dalších právech dle tohoto zákona. Zavazují se, že bez zbytečného odkladu naháším jakoukoliv změnu zpracovávaných osobních údajů.

Cestně prohlašuji, že: jsem nejsem politicky exponovanou osobou ve smyslu ustanovení § 4 odst. 5 zák. č. 253/2008 Sb. o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu. Dále prohlašuji, že společnost Generali Pojišťovna a.s. okamžitě písemně sdělí veškeré případné změny v prohlášené informaci.

Seznam zkratk: ZB - pojištění pro případ smrti, ÚTZB - doplňkové pojištění pro případ smrti způsobené úrazem, UTAB - doplňkové úrazové pojištění smrti následkem autonehody, TNPB - doplňkové pojištění trvalých následků úrazu s progresivním plněním, DOUB - denní odškodné za dobu nezbytného léčení úrazu s karencí 7 dní, DOVB - denní odškodné za dobu léčení vyjmenovaných úrazů, DUAB - odškodnění definyvaných úrazů s asistencími službami, HOUB - hospitalizace následkem úrazu, PC - pojistné částka.

Platba prvního pojistného v hotovosti

Při platbě v hotovosti vydá osoba oprávněná k inkasu pojistného platební doklad se znaky Generali. Způsob placení SIPO a inkasem z účtu nelze použít pro úhradu prvního pojistného.

první pojistné / záloha uhrazena dne _____ výše _____ inkasní blok č. _____

první pojistné / záloha uhrazena v hotovosti

Pojišťovací zprostředkovatel

příjmení, jméno, titul (název) osoby oprávněné pojištětelem sepsat návrh a provést identifikaci

registrační číslo přidělené ČNB _____ osobní číslo _____

příjmení, jméno, titul osoby oprávněné pojištětelem k převzetí návrhu za pojištětele, inkasu pojistného, identifikaci a kontrole klienta

registrační číslo přidělené ČNB _____ agenturní číslo _____

Osoba, která provedla identifikaci, prohlašuje, že podoba identifikované osoby je shodná s vyobrazením na průkazu totožnosti

Podpisy (nutno podepsat každý list)

datum _____ místo _____ podpisy plnoletých pojištěných osob

10. 2. 2011 Trutnov

Identifikaci pojistníka (druh, číslo)

Identifikační údaje pojištěných osob v TRUTNOV S.T.O.

Úpická 469, 541 01 Trutnov
DIO: CZ22968700, číslo 7905630287/0100
Tel./fax: 499 813 352
E-mail: poje@desytrutnov.cz

ev. číslo návrhu/ambony:

9316945184

nečistou součástí návrhu na značku dne

10/02/2011



GLT5010441



Generali Pojišťovna a.s.
Pěšobratrská 132
120 84, Praha 2
Česka republika
Klientský servis 844 188 188
(dále jen „pojišťovna“)

Zdravotní dotazník pro pojištěné osoby s výjimkou těch, které sjednaly variantu bez zkoumání zdravotního stavu, nebo speciální variantu (u seniorů vždy)

**Informace pro klienta
(dle § 21 zákona č. 38/2004 Sb.)**

Informace, které je pojišťovací zprostředkovatel povinen zájemci o pojištění (dále jen „klient“) sdělit před uzavřením smlouvy nebo její změnou.



GLT93169451841



Generali Pojišťovna a.s.
Bělehradská 132
120 84 Praha 2
Česká republika
Klientský servis 844 188 188
(dále jen "pojistitel")

Příloha k návrhu/návrhu na změnu
pojištění osob
Určení obmyšlených osob v případě
smrti pojištěného



GLT5000181



Generali Pojišťovna a.s.
Bělehradská 132
120 84 Praha 2
Česká republika
Klientský servis 844 188 188
(dále jen „pojištitel“)

**Příloha k návrhu/návrhu na změnu
pojištění osob
Určení obmyšlených osob v případě
smrti pojištěného**



GLT5000181



Generali Pojišťovna a.s.
Bělehradská 132
120 84 Praha 2
Česká republika
Klientský servis B44 188 188
(dále jen „pojišťovna“)