



1. POJISTITEL

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, se sídlem Pobřežní 665/21, 18600 Praha 8, IČO: 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 1897 (dále jen „Kooperativa“).

2. POJISTNÍK

Název firmy:	Krajská hygienická stanice Zlínského kraje se sídlem ve Zlíně		
IČ:	71009221	Plátce DPH: NE	Právnícká osoba
Adresa/sídlo:	Havlíčkovo nábřeží 600, Zlín, CZE		PSČ: 760 01
Telefon/mobilní telefon:			E-mail:
E-mail pro vyúčtování:	libuse.vasku@optimumcp.cz		

3. PŘEDMĚT DOHODY

Tato dohoda se týká pojistných smluv uzavřených mezi pojistníkem a pojistitelem, ve kterých je uvedeno, že jsou zařazené do inkasní skupiny identifikované v záhlaví této dohody (dále jen **pojistné smlouvy dané inkasní skupiny**). Tato dohoda vymezuje práva a povinnosti smluvních stran související s placením pojistného za pojištění sjednaná pojistnými smlouvami uvedenými v příloze č. 1 resp. nově sjednanými smlouvami, které budou zařazené do této inkasní skupiny.

4. SDRUŽENÁ PLATBA POJISTNÉHO

Pojistitel se zavazuje, že bude jednou měsíčně vystavovat a pojistníkovi zasílat sdružený předpis pojistného (dále jen **sdružený předpis**) za všechny pojistné smlouvy dané inkasní skupiny. Sdružený předpis vystaví pojistitel na pojistné, které by podle jednotlivých pojistných smluv bylo splatné do konce následujícího kalendářního měsíce. Přílohou sdruženého předpisu bude rozpis předepsaného pojistného za jednotlivé pojistné smlouvy dané inkasní skupiny.

Pojistník se zavazuje platit pojistné řádně, tj. ve výši a do data splatnosti podle sdruženého předpisu. Ujednává se, že jednotlivá data splatnosti pojistného u příslušných pojistných smluv se mění na datum splatnosti podle sdruženého předpisu vystaveného pojistitelem.

Pojistník bere na vědomí, že v případě porušení závazku řádně platit pojistné může dojít k zániku této dohody výpovědí pojistitele; po případném zániku dohody bude pojistitel pojistné předepisovat jednotlivě na každou pojistnou smlouvu.

5. ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

- Tato dohoda se uzavírá na dobu neurčitou.**
- Tato dohoda zaniká:**
 - a) zánikem posledního pojištění sjednaného pojistnými smlouvami dané inkasní skupiny,
 - b) písemnou dohodou smluvních stran,
 - c) výpovědí ze strany pojistitele nebo pojistníka bez udání důvodu; výpovědní doba činí 30 kalendářních dnů a začne plynout dnem následujícím po doručení výpovědi druhé smluvní straně.
- Smluvní strany se zavazují, že případné spory z této dohody budou řešit primárně smírnou cestou.**
- Tato dohoda se řídí zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, a dalšími právními předpisy České republiky.**
- Tato dohoda se vyhotovuje ve třech stejnopisech, z nichž pojistitel obdrží dva a pojistník jeden.**
- Tato dohoda nabývá platnosti a účinnosti dnem podpisu oběma smluvními stranami.**
- Veškeré změny nebo doplnění této dohody budou provedeny formou vzestupně očíslovaných dodatků.**
- Tato dohoda vyjadřuje skutečnou a svobodnou vůli zúčastněných smluvních stran. Zástupci zúčastněných se s dohodou seznámili a souhlasí s jejím obsahem, což stvrzují svými podpisy.**
- Pojistník bere na vědomí, že e-mailová adresa pro zasílání vyúčtování, resp. souhrnného předpisu pojistného, uvedená v této dohodě platí a bude platit pro veškerou e-mailovou komunikaci související s touto dohodou, a to bez ohledu na kontaktní údaje pojistníka uvedené v jiných smlouvách, které pojistník uzavřel nebo uzavře s pojistitelem.**

Dohoda uzavřena dne: **11.12.2018**

Jméno, příjmení / název zástupce pojistitele (získatele): **Lenka Seichterová**

Zaměstnanec pojistitele

Získatelské číslo: **16698**

Telefonní číslo:

E-mail:



Podpis zástupce pojistitele (získatele)

Krajská hygienická stanice
Zlínského kraje ②
se sídlem ve Zlíně
Havlíčkovo nábřeží 600, 760 01 Zlín
IČ 710 09 221



Podpis pojistníka

Souhlas s hromadným podepsáním pojistných smluv

Čísla pojistných smluv:

6344335725, 6344335960, 6344336218, 6344336381, 6344336699, 6344336824,
6344337026, 6344337157, 6344337368, 6344337510, 6344337712, 6344337886,
6344338096, 6344338192, 6344338213, 6344338387, 6344338475, 6344338635,
6344338758.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Podepsáním tohoto dokumentu pojistník souhlasí se sjednáním výše uvedených pojistných smluv zařazených do **KPS (HIP) č. 6800120217**

Tímto dokumentem se plně nahrazuje podepsání těchto smluv.

Ve Zlíně dne 12.12.2018



.....
za pojistitele

Krajská hygienická stanice
Zlínského kraje ②
se sídlem ve Zlíně
Havlíčkově nábřeží 600, 760 01 Zlín



.....
za pojistníka