



#### A. POJISTITEL

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, sídlo: Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika  
IČO: 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, spisová zn. B 1897

#### B. POJISTNÍK

IČO: **00064459** Název firmy: **Zoologická zahrada hl.m.Prahy**  
Jednající - funkce, titul, jméno, příjmení: **ředitel, Mgr. Miroslav Bobek**  
Adresa sídla firmy: **U trojského zámku 120/3, Troja, Praha, 17100, ČR** Telefon/mobilní telefon: [redacted]  
E-mail: [redacted]  
Korespondenční adresa: **shodná s adresou sídla**

#### C. POJIŠTĚNÉ OSOBY

Specifikace pojištěných osob: **zaměstnanci pojistníka**  
Celkový počet osob: **8** Seznam pojištěných osob, který je uveden v příloze, je nedílnou součástí pojistné smlouvy.

#### D. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ

Počátek pojištění: **1. 8. 2019** Konec pojištění: **na neurčito**  
Rozsah pojištění: **pracovní činnost včetně dopravy na místo pracovní činnosti a zpět**  
Pojistné období: **čtvrtletní** Hlášení změn v seznamu (počtu) pojištěných osob: **měsíčně**  
Úhrnné pojištění za 12 měsíců: **11 728 Kč** Úhrnné pojištění za pojištění období: **2 932 Kč**

#### RIZIKOVÁ SKUPINA 2

zaměstnanci zoologické zahrady hl. města Prahy		DRUHY POJIŠTĚNÍ	Pojistná částka/ roční důchod
Věk:	<b>dospělé osoby ve věku 18 let a více</b>	1321 smrt následkem úrazu	<b>100 000 Kč</b>
Časový rozsah výkonu činnosti:	<b>Plný rozsah</b>	1322 trvalé následky úrazu (4-násobná progresse)	<b>200 000 Kč</b>
Počet osob:	<b>8</b>	1323 tělesné poškození úrazem - procentní plnění	<b>40 000 Kč</b>
Pojistné za 12 měsíců na jednu osobu:	<b>1 466 Kč</b>		
Pojistné za 12 měsíců celkem:	<b>11 728 Kč</b>		

#### E. ÚDAJE O POJISTNÉM

Pojistné období: **čtvrtletní**  
Běžné pojištění za pojištění období: **2 932 Kč**  
Způsob platby: **příkaz k úhradě**  
Číslo účtu pro zaslání běžného pojištění: [redacted]  
Variabilní symbol: [redacted]

QR kód k vyplnění platebního příkazu  
na platbu **prvního** pojištění:



#### F. DOKUMENTY K POJISTNÉ SMLouvĚ

SKL201905A

Informace pro klienta	Informační dokument o pojistném produktu	O-985/19 Pojistné podmínky pro skupinové pojištění	Oceňovací tabulky
-----------------------	--	---	-------------------

#### G. SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ

##### Nároky ze skupinového úrazového pojištění

Pojištění typu UX je pojištění skupiny osob pro případ úrazu při:

- > pracovní činnosti (tj. plnění pracovních úkolů podle pracovního zařazení),
- > pracovní činnosti včetně dopravy pojištěného na místo pracovní činnosti a zpět,
- > pracovní a mimopracovní činnosti,
- > mimopracovní činnosti

za běžné pojištění odstupňované do tří rizikových skupin podle vykonávané činnosti. Pojištěné osoby lze v každé rizikové skupině rozdělit do jedné až tří podskupin odstupňovaných podle druhů pojištění a výše pojistných částek v závislosti na vykonávané činnosti.

Ze skupinového úrazového pojištění se plní podle ujednání v pojistné smlouvě:

- > za smrt následkem úrazu,
- > za trvalé následky úrazu nebo trvalé následky úrazu s progresivním plněním (čtyřnásobná progresse) nebo trvalé následky úrazu s progresivním plněním (osminásobná progresse), bylo-li jedno z těchto rizik do pojištění zahrnuto,
- > za tělesné poškození způsobené úrazem s pojistným plněním ve formě procentního podílu z pojistné částky nebo za tělesné poškození způsobené úrazem s pojistným plněním ve formě denního odškodného nebo za pracovní neschopnost pouze následkem úrazu, bylo-li jedno z těchto rizik do pojištění zahrnuto,
- > za pobyt v nemocnici pouze následkem úrazu, bylo-li toto riziko do pojištění zahrnuto,
- > za invaliditu III. stupně pouze následkem úrazu s výplatou pojistné částky nebo za invaliditu III. stupně s výplatou důchodu, bylo-li jedno z těchto rizik do pojištění zahrnuto.

V případě smrti pojištěného následkem úrazu náleží pojistné plnění obmyšlenému ve smyslu ustanovení § 2831 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.

## G. SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ - pokračování

### Neposkytnutí plnění z důvodu sankcí

Pojistitel neposkytne pojistné plnění ani jiné plnění či službu z pojistné smlouvy v rozsahu, v jakém by takové plnění nebo služba porušovaly mezinárodní sankce, obchodní nebo ekonomické sankce či finanční embarga, vyhlášené za účelem udržení nebo obnovení mezinárodního míru, bezpečnosti, ochrany základních lidských práv a boje proti terorismu, jimiž je pojistitel povinen se řídit. Těmito použitelnými sankcemi jsou zejména sankce Organizace spojených národů, Evropské unie, Spojených států amerických, České republiky a jakékoli jiné sankce závazné pro pojistitele.

### Placení pojistného

Smluvně se ujednává, že pojistné za první pojistné období je splatné 5. dne tohoto období a pojistné za další pojistné období je splatné vždy 25. dne příslušného pojistného období.

### Změny činností a počtu pojištěných osob

Změny činností vykonávaných pojištěnými osobami, změny počtu nebo ve složení skupiny pojištěných osob, které nastaly průběžně (v případě průběžného hlášení změn), resp. nastaly během daného měsíce (v případě měsíčního hlášení změn), resp. nastaly během daného čtvrtletí (v případě čtvrtletního hlášení změn), oznamuje pojistník podle dohody průběžně, resp. měsíčně, resp. čtvrtletně, a to vždy do druhého dne (v případě průběžného hlášení změn), resp. 10 dnů od výročního dne počátku pojištění v příslušném měsíci (v případě měsíčního hlášení změn), resp. do 10 dnů od výročního dne počátku pojištění v příslušném čtvrtletí (v případě čtvrtletního hlášení změn). Změna je účinná dnem oznámení změny nebo pozdějším dnem dle požadavku pojistníka (v případě průběžného hlášení změn), resp. od výročního dne počátku pojištění v měsíci následujícím po měsíci, ve kterém změny nastaly (v případě měsíčního hlášení změn), resp. čtvrtletí následujícím po čtvrtletí, ve kterém změny nastaly (v případě čtvrtletního hlášení změn). To platí, pokud jsou dodrženy termíny oznámení změn uvedené v předchozím odstavci, jinak od následujícího dne po oznámení změny, resp. od výročního dne počátku pojištění v následujícím měsíci, resp. v následujícím čtvrtletí. Tyto změny se stávají číslovanou přílohou pojistné smlouvy. Po uplynutí každého pojistného období provede pojistitel vyúčtování pojistného podle počtu pojištěných osob a podle délky trvání pojištění. Pojistitel vypočte pojistné jako alikvótní část pojistného za pojistné období a zašle pojistníkovi vyúčtování pojistného. Na základě tohoto vyúčtování pojistník uhradí doplatek pojistného na výše uvedený účet pojistitele, a to do 10 dnů po doručení vyúčtování. Případný přeplatek pojistného poukáže pojistitel na účet pojistníka. Snížení nebo zvýšení celkového počtu pojištěných osob během trvání pojištění, které způsobí přechod do jiného intervalu počtu pojištěných osob (viz následující tabulka), má vliv na změnu výše pojistného pro jednu osobu.

Intervaly počtu pojištěných osob		
do 10 osob	51 - 100 osob	401 - 800 osob
11 - 24 osob	101 - 200 osob	801 - 1000 osob
25 - 50 osob	201 - 400 osob	nad 1 000 osob

Touto smlouvou jsou pojištěni zaměstnanci ZOO Praha, kteří se zabývají chovem a prezentací živých zvířat.

Přílohou číslo 1 pojistné smlouvy je seznam pojištěných osob.

## H. ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

- Návrh pojistitele na uzavření pojistné smlouvy (dále jen „nabídka“) musí být pojistníkem přijat ve lhůtě stanovené pojistitelem, a není-li taková lhůta stanovena, pak do jednoho měsíce ode dne doručení nabídky pojistníkovi. Odpověď s dodatkem nebo odchylkou od nabídky se nepovažuje za její přijetí, a to ani v případě, že se takovou odchylkou podstatně nemění podmínky nabídky.
- Pojistná smlouva je vyhotovena ve třech stejnopisech. Pojistník obdrží jeden stejnopis, pojistitel si ponechá dva stejnopisy.

## I. PROHLÁŠENÍ POJISTNÍKA

- Pojistník potvrzuje, že před uzavřením pojistné smlouvy převzal v listinné nebo, s jeho souhlasem, v jiné textové podobě (na trvalém nosiči dat) informace pro klienta (jejichž součástí jsou: informace o skupinovém pojištění a informace o zpracování osobních údajů) a informační dokument o pojistném produktu a seznámil se s nimi. Pojistník si je vědom, že se jedná o důležité informace, které mu napomohou porozumět podmínkám sjednávaného pojištění a které obsahují upozornění na důležité aspekty pojištění a na významná ustanovení pojistných podmínek.
- Pojistník dále potvrzuje, že před uzavřením pojistné smlouvy převzal v listinné nebo jiné textové podobě (např. na trvalém nosiči dat) dokumenty uvedené v části smlouvy označené jako „DOKUMENTY K POJISTNÉ SMLouvĚ“ a seznámil se s nimi. Pojistník si je vědom, že tyto dokumenty tvoří nedílnou součást pojistné smlouvy a upravují rozsah pojištění, jeho omezení (včetně výluk), práva a povinnosti účastníků pojištění a následky jejich porušení a další podmínky pojištění a pojistník je jimi vázán stejně jako pojistnou smlouvou.
- Pojistník souhlasí, že pokud o tom bude informován, má pojistitel právo v průběhu trvání pojištění měnit Oceňovací tabulky. V takovém případě může pojistník do jednoho měsíce ode dne takového oznámení pojistiteli sdělit svůj nesouhlas s příslušnou změnou; pojištění v tomto případě zanikne ke konci pojistného období po doručení nesouhlasu pojistiteli.
- Pojistník prohlašuje, že má pojistný zájem na pojištění pojištěného, pokud je osobou od něj odlišnou.
- Pojistník potvrzuje, že adresa jeho trvalého pobytu / bydliště či sídla a kontakty elektronické komunikace uvedené v této pojistné smlouvě jsou aktuální, a souhlasí, aby tyto údaje byly v případě jejich rozporu s jinými údaji uvedenými v dříve uzavřených pojistných smlouvách, ve kterých je pojistníkem nebo pojištěným, využívány i pro účely takových pojistných smluv. S tímto postupem pojistník souhlasí i pro případ, kdy pojistitel oznámí změnu adresy trvalého pobytu / bydliště či sídla nebo kontaktů elektronické komunikace v době trvání této pojistné smlouvy.
- Pojistník se zavazuje informovat pojištěné osoby o sjednání pojištění, jeho případných změnách nebo zániku.
- Pokud tato pojistná smlouva, resp. dodatek k pojistné smlouvě (dále jen „smlouva“) podléhá povinnosti uveřejnění v registru smluv (dále jen „registr“) ve smyslu zákona č. 340/2015 Sb., zavazuje se pojistník k jejímu uveřejnění v rozsahu, způsobem a ve lhůtách stanovených citovaným zákonem. To nezabýváje pojistitele práva, aby smlouvu uveřejnil v registru sám, s čímž pojistník souhlasí. Pokud je pojistník odlišný od pojištěného, pojistník dále potvrzuje, že pojištěný souhlasil s uveřejněním smlouvy. Při vyplnění formuláře pro uveřejnění smlouvy v registru je pojistník povinen vyplnit údaje o pojistiteli (jako smluvní straně), do pole „**Datová schránka**“ uvést: **n6tetn3** a do pole „**Číslo smlouvy**“ uvést: **1442290642**. Pojistník se dále zavazuje, že před zasláním smlouvy k uveřejnění zajistí znečitelnění neuveřejnitelných informací (např. osobních údajů o fyzických osobách). Smluvní strany se dohodly, že ode dne nabytí účinnosti smlouvy jejím zveřejněním v registru se účinky pojištění, včetně práv a povinností z něj vyplývajících, vztahují i na období od data uvedeného jako počátek pojištění (resp. od data uvedeného jako počátek změn provedených dodatkem, jde-li o účinky dodatku) do budoucna.

## J. ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

V následující části jsou uvedeny základní informace o zpracování Vašich osobních údajů. Tyto informace se na Vás uplatní, pokud jste fyzickou osobou, a to s výjimkou bodu 1.3, který se na Vás uplatní, i pokud jste právnickou osobou. Více informací, včetně způsobu odvolání souhlasu, možnosti podání

## J. ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ - pokračování

námítky v případě zpracování na základě oprávněného zájmu, práva na přístup a dalších práv, naleznete v dokumentu Informace o zpracování osobních údajů v pojištění osob, který je trvale dostupný na webové stránce [www.koop.cz](http://www.koop.cz) v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

### 1. INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ POJISTNÍKA

#### 1.1. SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ PRO ÚČELY MARKETINGU

Pojistitel bude s Vaším souhlasem zpracovávat Vaše **identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění a údaje o využívání služeb**, a to pro účely:

- ▶ zasílání slev či jiných nabídek třetích stran, a to i elektronickými prostředky, a
- ▶ zpracování Vašich osobních údajů nad rámec oprávněného zájmu pojištětele za účelem vyhodnocení Vašich potřeb a zasílání relevantnějších nabídek (jedná se o některé případy sledování Vašeho chování, spojování osobních údajů shromážděných pro odlišné účely, použití pokročilých analytických technik).

Tento souhlas je dobrovolný, platí po dobu neurčitou, můžete jej však kdykoli odvolat. V případě, že souhlas neudělíte nebo jej odvoláte, nebudou Vám zasílány nabídky třetích stran a některé nabídky pojištětele nebude možné plně přizpůsobit Vaším potřebám. Máte také právo kdykoli požadovat přístup ke svým osobním údajům.

Pojistník:

SOUHLASÍM     NESOUHLASÍM

#### 1.2. INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSTATNÍCH OSOBNÍCH ÚDAJŮ POJISTNÍKA

##### Zpracování na základě plnění smlouvy a oprávněných zájmů pojištětele

Pojistník bere na vědomí, že jeho identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění a údaje o využívání služeb zpracovává pojištětel:

- ▶ pro účely modelace, návrhu a uzavření pojistné smlouvy, posouzení přijatelnosti do pojištění, správy a ukončení pojistné smlouvy a likvidace pojistných událostí, když v těchto případech jde o zpracování nezbytné pro **plnění smlouvy**, a
- ▶ pro účely zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojištěním, zajištění a soupojištění, statistiky a cenotvorby produktů, ochrany právních nároků pojištětele a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání, když v těchto případech jde o zpracování založené na základě **oprávněných zájmů** pojištětele. Proti takovému zpracování máte právo kdykoli podat námítku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informacích o zpracování osobních údajů v pojištění osob.

##### Zpracování pro účely plnění zákonné povinnosti

Pojistník bere na vědomí, že jeho identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění a údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění pojištětel dále zpracovává ke **splnění své zákonné povinnosti** vyplývající zejména ze zákona upravujícího distribuci pojištění, zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, zákona č. 69/2006 Sb., o provádění mezinárodních sankcí a zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní.

##### Zpracování pro účely přímého marketingu

Pojistník bere na vědomí, že jeho identifikační a kontaktní údaje a údaje o využívání služeb může pojištětel také zpracovávat na základě svého **oprávněného zájmu** pro účely zasílání svých reklamních sdělení a nabízení svých služeb; nabídku od pojištětele můžete dostat elektronicky (zejména SMSkou, e-mailem, přes sociální sítě nebo telefonicky) nebo klasickým dopisem či osobně od zaměstnanců pojištětele.

Proti takovému zpracování máte jako pojištěník právo kdykoli podat námítku. Pokud si nepřejete, aby Vás pojištětel oslovoval s jakýmkoli nabídkami, zaškrtněte prosím toto pole:

#### 1.3. POVINNOST POJISTNÍKA INFORMOVAT TŘETÍ OSOBY

Pojistník se zavazuje informovat každého pojištěného, jenž je osobou odlišnou od pojištěníka, každého obmyšleného a případně další osoby, které uvedl v pojistné smlouvě, o zpracování jejich osobních údajů.

### 2. INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ POJIŠTĚNÉHO

#### Zpracování na základě oprávněných zájmů pojištětele

Pojištěný bere na vědomí, že jeho identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění a údaje o využívání služeb zpracovává pojištětel na základě **oprávněného zájmu** pro účely modelace, návrhu a uzavření pojistné smlouvy, posouzení přijatelnosti do pojištění, správy a ukončení pojistné smlouvy a likvidace pojistných událostí, statistiky a cenotvorby produktů, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojištětele a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání. Proti takovému zpracování máte právo kdykoli podat námítku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informacích o zpracování osobních údajů v pojištění osob.

#### Zpracování pro účely plnění zákonné povinnosti

Pojištěný bere na vědomí, že identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění a údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění pojištětel dále zpracovává ke **splnění své zákonné povinnosti** vyplývající zejména ze zákona upravujícího distribuci pojištění, zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, zákona č. 69/2006 Sb., o provádění mezinárodních sankcí a zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní.

### 3. INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ ZÁSTUPCE POJISTNÍKA NEBO POJIŠTĚNÉHO

#### Zpracování na základě oprávněných zájmů pojištětele

Zástupce právnické osoby, zákonný zástupce nebo jiná osoba oprávněná zastupovat pojištěníka nebo pojištěného bere na vědomí, že její identifikační a kontaktní údaje pojištětel zpracovává na základě **oprávněného zájmu** pro účely modelace, návrhu a uzavření pojistné smlouvy, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistných událostí, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojištětele a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání. Proti takovému zpracování má taková osoba právo kdykoli podat námítku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informacích o zpracování osobních údajů v pojištění osob.

## J. ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ - pokračování

### Zpracování pro účely plnění zákonné povinnosti

Zástupce právnické osoby, zákonný zástupce nebo jiná osoba oprávněná zastupovat pojistníka nebo pojištěného bere na vědomí, že identifikační a kontaktní údaje pojistitel dále zpracovává ke **splnění své zákonné povinnosti** vyplývající zejména ze zákona upravujícího distribuci pojištění, zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, zákona č. 69/2006 Sb., o provádění mezinárodních sankcí a zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní.

Podpisem pojistné smlouvy potvrzujete, že jste se důkladně seznámil se smyslem a obsahem souhlasů se zpracováním osobních údajů a že jste se před jejich udělením seznámil s dokumentem Informace o zpracování osobních údajů v pojištění osob, zejména s bližší identifikací dalších správců, rozsahem zpracovávaných údajů, právními základy (důvody), účely a dobou zpracování osobních údajů, způsobem odvolání souhlasu a právy, která Vám v této souvislosti náleží.

## K. UPOZORNĚNÍ POJISTITELE DLE § 2789 ZÁKONA Č. 89/2012 SB., OBČANSKÉHO ZÁKONÍKU

Ve smyslu § 2789 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, je konstatováno, že při uzavírání této pojistné smlouvy nebyly shledány žádné nesrovnalosti mezi požadavky klienta a nabízeným pojištěním. V případě, že ke zjištění nesrovnalosti mezi požadavky klienta a uzavřenou pojistnou smlouvou dojde při zpracování pojistné smlouvy, pojistitel upozorní pojistníka (klienta) na tyto nesrovnalosti samostatným dopisem.

## L. UZAVŘENÍ POJISTNÉ SMLOUVY

Pojistná smlouva uzavřena dne: **17. 7. 2019**

Jméno, příjmení / název zástupce pojistitele (získatele): **AZ ASPECT, s.r.o.**

Pojišťovací zprostředkovatel zastupující pojistitele na základě plné moci

Získatelské číslo: **301860** IČO: **26027844**

Osobní číslo spolupracovníka získatele:

Telefonní číslo:

E-mail:

5 -07- 2019

Podpisy osob jednajících za pojistníka



[Redacted signature area]

Podpis zástupce pojistitele (získatele)

 **AZ ASPECT, s.r.o.**  
Košatní 34

Zástupce pojistitele ověřil identifikační údaje a shodu podob identifikovaných osob podle předložených průkazů totožnosti.



# Skupinové pojištění osob

## Informační dokument o pojistném produktu



**Společnost:** Kooperativa pojišťovna, a.s.,

Vienna Insurance Group

IČO: 47116617

Česká republika

**Produkt:** Skupinové úrazové pojištění  
Skupinové pojištění pro případ  
pracovní neschopnosti a/nebo  
pro případ pobytu v nemocnici

Tento dokument poskytuje pouze základní informace o uvedeném pojistném produktu. Úplné předmluvní a smluvní informace o vašem konkrétním pojištění naleznete v pojistné smlouvě a dalších dokumentech v ní uvedených. Pozorně si je prosím přečtěte.

### O jaký druh pojištění se jedná?

Skupinové pojištění osob je pojištění pro skupinu osob organizovanou ekonomickým subjektem (např. zaměstnanci společnosti, členové zájmové organizace, žáci školy).



#### Co je pojištěno?

##### Základní rizika

- ✓ smrt následkem úrazu
- ✓ pracovní neschopnost
- ✓ pobyt v nemocnici

##### Volitelná připojištění

- trvalé následky úrazu
- tělesné poškození způsobené úrazem
- pracovní neschopnost pouze následkem úrazu
- pobyt v nemocnici pouze následkem úrazu
- invalidita pouze následkem úrazu

- ✗ umělé přerušování těhotenství, pokud není z lékařského hlediska nezbytné k záchraně života
- ✗ asistenční služby

Přesné znění výluk si prosím pozorně přečtěte v platné pojistné smlouvě.

Přesný rozsah vámi sjednaného pojištění naleznete v platné pojistné smlouvě.



#### Na co se pojištění nevztahuje?

- ✗ válečné události
- ✗ působení jaderné energie
- ✗ chemická nebo biologická kontaminace
- ✗ úraz, který nastal před počátkem pojištění
- ✗ u pojištění pracovní neschopnosti a pobytu v nemocnici – na onemocnění, které vzniklo či bylo diagnostikováno před počátkem pojištění, pokud pracovní neschopnost či pobyt v nemocnici nastaly do pěti let od počátku pojištění
- ✗ u pojištění pracovní neschopnosti – na onemocnění zad a s ním související nemoci nervové soustavy
- ✗ úmyslné sebezpoškození, sebevražda nebo pokus o sebevraždu



#### Existují nějaká omezení v pojistném krytí?

- ! u úrazového pojištění – pojištění se vztahuje jen na činnost definovanou v pojistné smlouvě
- ! u pojištění pracovní neschopnosti – pracovní neschopnost jen na území České republiky
- ! u pojištění pracovní neschopnosti z důvodu nemoci a pojištění pobytu v nemocnici z důvodu nemoci – čekací doba od počátku pojištění činí dva měsíce
- ! u pojištění pobytu v nemocnici z důvodů ošetření zubů, zhotovení zubních náhrad nebo provedení úkonů čelistní ortopedie, čelistní chirurgie anebo ortopedických náhrad (vše pouze následkem nemoci) – čekací doba od počátku pojištění činí šest měsíců
- ! u pojištění pobytu v nemocnici v souvislosti s těhotenstvím – čekací doba od počátku pojištění činí osm měsíců

Přesné znění limitů a omezení si prosím pozorně přečtěte v platné pojistné smlouvě.



## Kde se na mne vztahuje pojistné krytí?

Pojištění si můžete sjednat s územní platností:

- ✓ Česká republika
- ✓ Svět
- ✓ specifické místo uvedené v pojistné smlouvě



## Jaké mám povinnosti?

- Zodpovědět pravdivě a úplně naše dotazy týkající se sjednávaného pojištění.
- Vynaložit veškeré úsilí, které lze rozumně požadovat, abyste předešli vzniku pojistné události.
- Nastane-li škodná událost, učinit veškerá opatření k tomu, aby se nezmnožoval rozsah následků události, v případě škodné události vyvolané akutním onemocněním či úrazem neprodleně vyhledat lékařské ošetření a léčit se dle pokynů lékaře.
- Informovat každého pojištěného, jenž je osobou odlišnou od pojistníka, každého obmyšleného a případně další osoby, které jsem uvedl v pojistné smlouvě, o zpracování jejich osobních údajů.



## Kdy a jak provádět platby?

Pojistné je splatné v den uvedený v pojistné smlouvě, zpravidla v den počátku pojištění.

Pojistné lze uhradit zejména převodem z bankovního účtu (příkaz k úhradě nebo trvalý příkaz) nebo poštovní poukázkou, není-li pojistnou smlouvou některý způsob vyloučen.



## Kdy pojistné krytí začíná a končí?

Skupinové pojištění osob vzniká v okamžiku určeném datem a časem, který je uvedený v pojistné smlouvě jako počátek pojištění, a zaniká dnem uplynutí pojistné doby.



## Jak mohu smlouvu vypovědět?

- Do dvou měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy; pojištění zanikne uplynutím osmidenní výpovědní doby.
- Do tří měsíců ode dne oznámení vzniku pojistné události pojišťovně; pojištění zanikne uplynutím měsíční výpovědní doby.
- K poslednímu dni každého pojistného období, jde-li o pojištění s běžným pojistným; tato výpověď musí být pojistiteli doručena nejméně šest týdnů před koncem pojistného období, jinak pojištění zanikne až ke konci pojistného období, pro které byla tato šestitýdenní výpovědní doba dodržena.

Pojistník: Zoologická zahrada hl. m. Prahy

SEZNAM POJIŠTĚNÝCH OSOB ke dni 1. 8. 2019

Pojištěná osoba	Datum narození	Adresa bydliště	Popis profese / činnosti	Riziková skupina / podskupina / druhy pojištění a pojistné částky
				2. RS / 1. podskupina / SU 100.000, TN <sub>4</sub> 200.000, TP 40.000
			chovatel	"
			chovatel	"
			chovatel	"
			chovatel	"
			chovatel	"
			chovatel	"
			chovatel	"
				"
				"
				"
				"
				"
				"
				"
				"
				"
				"

Celkový počet osob	8
--------------------	---

17.7.2019

Datum

Podpis zástupce pojistitele

25 -07- 2019

Podpisy osob  
jednajících za pojistníka





Číslo smlouvy/nabídky: 1 4 4 2 2 8 9 9 7 3

 pojistná smlouva podstatná změna pojištění (pojistné smlouvy)

## ZÁZNAM Z JEDNÁNÍ A POVINNÉ INFORMACE PRO ZÁKAZNÍKY DLE § 79 ZÁK. č. 170/2018 Sb.

## I. Samostatný zprostředkovatel

Obchodní firma/název: <b>AZ ASPECT s.r.o.</b>	ICO: 26027844
Sídlo společnosti: Kostelní 34, 370 04 České Budějovice zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Českých Budějovicích v odd. C 10010	Místo podnikání: ČR
Datum registrace AZ ASPECT s.r.o. v registru vedeném Českou národní bankou jako samostatný zprostředkovatel pro distribuci pojištění: 5.5.2005	
Obchodní název / příjmení, jméno, titul jednající osoby: [redacted]	
Příjmení a jméno zaměstnance či člena statutárního orgánu vázaného zástupce samostatného zprostředkovatele, který jedná se zájemcem o pojištění: [redacted]	
Kontaktní telefon: [redacted]	Kontaktní e-mail: [redacted]
Samostatný zprostředkovatel pro distribuci pojištění AZ ASPECT s.r.o. jedná v postavení: <input checked="" type="checkbox"/> pojišťovací agent <input type="checkbox"/> pojišťovací makléř	

## II. Zákazník

Název firmy: <b>Zoologická zahrada hl. m. Prahy</b>	
Příjmení, jméno, titul zákazníka / zástupce firmy <b>Mgr. Miroslav Bobek</b>	
Trvalé bydliště / sídlo firmy: U Trojského zámku 120/3, Troja, 171 00 Praha	
RC / IČO: 00064459	Císlo PS / nabídky: <b>1442289973</b>
Telefon: (+420) [redacted]	E-mail: [redacted]
Zákazník byl seznámen s Informačním listem pro zájemce o pojištění dle zákona č. 89/2012 Sb. ve znění pozdějších předpisů.	
<b>Požadavky, cíle a potřeby zákazníka související se sjednávaným pojištěním:</b>	
Po dohodě mezi zákazníkem a Kooperativa pojišťovna bude ukončena stávající PS úrazového pojištění zaměstnanců ZOO Praha č. 1301364001 a nahrazena novou PS č. 1442289973, sazba 3 UX. Pojištění 8 pracovníků.	
Druh pojištění	Pojistná částka
smrt následkem úrazu	100 000 Kč
1322 trvalé následky úrazu (4-násobná progresse)	200 000 Kč
1323 tělesné poškození úrazem - procentní plnění	40 000 Kč

25-07-2019



## III. Doporučený a realizovaný rozsah pojistného krytí v závislosti na zjištěných požadavcích a potřebách zákazníka (specifikace rizik)

<b>Zákazník bere na vědomí, že nezaškrtnutá, níže uvedená rizika nejsou sjednána.</b>			
pojištěný:	povolání zemědělec	sport ne	dobrovolný hasič <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne
			riziková skupina 2
Druh pojištění:	<input type="checkbox"/> FLEXI RISK <input checked="" type="checkbox"/> ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ		
Rozsah pojištění pojištěného:			
<input type="checkbox"/>	pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin		
<input type="checkbox"/>	pojištění vážné nemoci a úrazu		
<input type="checkbox"/>	pojištění vážné nemoci s:	<input type="checkbox"/> jednorázovou výplatou	<input type="checkbox"/> flexibilní výplatou
<input type="checkbox"/>	Invalidita nebo dlouhodobá péče		
	3. stupeň	<input type="checkbox"/> poj. částka	Kč
	2. stupeň	<input type="checkbox"/> poj. částka	Kč
	1. stupeň	<input type="checkbox"/> poj. částka	Kč
<input checked="" type="checkbox"/>	pojištění pro případ smrti následkem úrazu		
<input checked="" type="checkbox"/>	pojištění trvalých následků úrazu s progresivním plněním:		Výše progresivního plnění:
<input type="checkbox"/>	od 0,5 %	<input type="checkbox"/>	desetinásobná progresse
<input type="checkbox"/>	od 10 %	<input type="checkbox"/>	desetinásobná progresse
<input type="checkbox"/>	pojištění trvalých následků způsobených nemocí		
<input type="checkbox"/>	pojištění pracovní neschopnosti - nemoc, plnění pracovní neschopnosti (min. doba léčeni 29 dní)		
<input type="checkbox"/>	pojištění denního odškodného - úraz	<input type="checkbox"/>	progresivní plnění
<input type="checkbox"/>	pojištění hospitalizace		
<input checked="" type="checkbox"/>	Jiná připojištění:		
<input checked="" type="checkbox"/>	tělesné poškození úrazem - procentní plnění		
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			

## III. Označení příslušné pojišťovny, ve které je sjednávána pojistná smlouva

<input type="checkbox"/> UNIQA pojišťovna a.s.	<input checked="" type="checkbox"/> Kooperativa pojišťovna, a.s., VIG	<input type="checkbox"/> ALLIANZ pojišťovna
--	---	---

## IV. Důvody, na kterých pojišťovací zprostředkovatel zakládá svá doporučení pro výběr daného produktu nebo podstatné změny pojištění dle zjištěných požadavků, cílů a potřeb zákazníka

Pojištění je v nové PS s mírně kvalitnějším (širším) pojistným krytím oproti stávající PS.  
SÚ 100 000 (beze změny), TN4 200 000 (beze změny), TP 40 000 (proti 20 000 před změnou).  
Pojistné je nižší než u původní PS 3 048 Kč/čtvrtletí proti 2 932 Kč/čtvrtletí u nové PS.



Zákazník byl seznámen s všeobecnými a zvláštními pojistnými podmínkami a rovněž byl seznámen a poučen o výlukách z pojištění u sjednávaného pojištění.

**V. Poznámky**

**VI. Zákazník výslovně odmítl pojiřit následující rizika, ač na možnost jejich pojištění byl sam. zprostředkovatelem upozorněn:**

**VII. Zákazník tímto potvrzuje převzetí těchto dokumentů:**

- Pojistná smlouva/nabídka  Žádost o změnu v pojistné smlouvě  Kompletní pojistné podmínky  
 Žádost o ukončení PS č. 1301364001 k 31.7.2019

**VIII. Doplnující údaje**

- Stížnost na samostatného zprostředkovatele lze podat u České národní banky, mimosoudní řešení sporu s ním u finančního arbitra ČR, popř. žalobu na něj u příslušného soudu. Stížnost na vázaného zástupce lze podat u samostatného zprostředkovatele, a to prostřednictvím ombudsmana na internetové adrese <http://www.astories.cz/ombudsman> nebo písemně na adrese sídla společnosti.
- Registraci/zápis lze ověřit v registru pojišťovacích zprostředkovatelů vedeném na České národní bance nebo na internetové adrese: [www.cnb.cz](http://www.cnb.cz)
- Samostatný zprostředkovatel nemá přímý ani nepřímý podíl na hlasovacích právech a kapitálu pojišťoven, jejichž jménem a na jejichž účet jedná, převyšující 10 %.
- Žádná z pojišťoven, jejichž jménem a na jejichž účet samostatný zprostředkovatel jedná, nebo osoba ovládající některou z pojišťoven, jejichž jménem a na jejichž účet samostatný zprostředkovatel jedná, nemá přímý ani nepřímý podíl na hlasovacích právech a kapitálu samostatného zprostředkovatele převyšující 10 %.
- Samostatný zprostředkovatel nespolupracuje výhradně s žádnou pojišťovnou.
- V souvislosti se svojí činností nesmí samostatný zprostředkovatel zákazníkovi poskytovat neoprávněné výhody finanční, materiální či nemateriální povahy. Samostatný zprostředkovatel je povinen vykonávat svoji činnost s odbornou péčí a chránit zájmy spotřebitele.
- Odměna samostatného zprostředkovatele je vázána na výši pojistného, délku pojistné doby daného pojištění, rozsah a kvalitu zákaznického servisu a na celkový objem či nárůst pojistného kmene spravovaného samostatným zprostředkovatelem. Samostatný zprostředkovatel je odměňován pojišťovnou. Více informací o způsobu svého odměňování sdělí zákazníkovi na jeho žádost.

**IX. Souhlas s nakládáním s osobními údaji**

- Osobní údaje uvedené na tomto formuláři zpracovává AZ ASPECT s.r.o. na základě nezbytnosti pro uzavření smlouvy, konkrétně za účelem provedení modelace, nabídky a uzavření pojistné smlouvy a dále ke splnění zákonné povinnosti spočívající v povinnostech zaznamenat potřeby zákazníka a následnému poskytování zákaznického servisu. Biometrické údaje obsažené ve vašem podpisu tohoto dokumentu zpracovává AZ ASPECT za účelem ochrany svých právních nároků, zejména za účelem prokázání platnosti podpisu tohoto dokumentu.
- Souhlasím s tím, abych byl/a v záležitostech této nabídky či pojistné smlouvy a dále za účelem šíření obchodních sdělení (bližší popsáno v Informačním listu) kontaktován/a prostředky elektronické komunikace (např. e-mail, SMS), a uděluji souhlas k využití podrobností svých elektronických kontaktů. Tyto prostředky nenahrazují písemnou formu, vyžaduje-li to zákon nebo pojistné podmínky.
- Jsem si vědom/a, že tento souhlas (nebo jeho část) mohu kdykoliv odvolat.**

**X. Status politicky exponované osoby (dále jen "PEP") - Prohlášení Zákazníka**

Prohlašuji, že nyní nejsem (nebo jsem v posledních 12 měsících byl/a) PEP, nebo nejsem (nebo jsem v posledních 12 měsících byl/a) vůči PEP v postavení osoby blízké či jiné ve smyslu zák. č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legal. výnosů z trestné činnosti a financování terorismu.

Vykonávám nebo jsem v posledních 12 měsících vykonával/a následující významnou veřejnou funkci: \_\_\_\_\_

Prohlašuji, že jsem daňovým rezidentem jiného stát než ČR, jakého: \_\_\_\_\_ DIČ \_\_\_\_\_

Zákazník potvrzuje svým podpisem, že jeho výše uvedené požadavky a potřeby jsou jasně, přesně a srozumitelnou formou zaznamenány, výše uvedené informace mu byly poskytnuty jasně, přesně a srozumitelnou formou a to před uzavřením pojistné smlouvy. Záznam těchto požadavků, potřeb a informací odráží všechny podstatné skutečnosti.

Zákazník dále potvrzuje, že mu zprostředkovatel vysvětlil svá doporučení, srozumitelně mu odpověděl na všechny dotazy, že ho upozornil na možné nesrovnalosti (jsou-li shledány) mezi jeho požadavky v poj. smlouvě (nabízené změně) a vysvětlil jejich možné důsledky. Klient souhlasí s rozsahem pojištění (nabízenou změnou), a to i přes případné výše uvedené nesrovnalosti. Zákazník dále svým podpisem potvrzuje, že si vše řádně přečetl a všemu v podepsané poj. smlouvě (žádosti o změnu) a v tomto formuláři rozumí, a že převzal jedno vyhotovení tohoto formuláře.

V Českých Budějovicích dne 17.7.2019

zástupce AZ ASPECT

Mgr. Miroslav Bobek

Zoologická zahrada hl. m. Prahy

jméno, příjmení (název firmy) a podpis zákazníka