

POJISTITEL: Pojišťovna VZP, a.s. (PVZP)
Zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 9100
Sídlo: Ke Štvanici 656/3 186 00 Praha 8, vč.ú.č.:
Česká republika, IČ: 27116913, info@ovz.cz
Číslo účtu: 187149322/0300

CESTOVNÍ POJIŠTĚNÍ

TRAVEL INSURANCE CONTRACT

POJISTNÁ SMLOUVA číslo: 7533015688 pro skupinové pojištění

se řídí pojistnými podmínkami PVZP: CP 1/16 a přílohami SPORT 1/15, TN 1/15

Pojistná smlouva je uzavřena přijetím nabídky pojištěného na pojištění podepsáním smlouvy obou smluvních stran.
Pojistné nebezpečí, pojistná událost a oprávněná osoba jsou pro sjednané pojištění určeny v pojistných podmínkách.

ZÁSTUPCE POJISTITELĚ: <i>Insurer representative</i>	Pojišťovna VZP, a.s., Ke Štvanici 656/3, 186 00 PRAHA 8, Švajdlerová Kateřina, číslo: 9900000393				
POJISTNÍK: <i>Policyholder</i>	Gymnázium, Praha 8, Litoměřická 726, Litoměřická 726/17, 190 00 PRAHA IČ: 61397061				
POJIŠTĚNÝ: <i>Insured person</i>	seznam pojištěných viz příloha			Datum narození: <i>Date of birth:</i>	viz příloha
Identifikace: <i>Identification</i>	viz příloha			Pohlaví: <i>Sex:</i>	viz příloha
POJIŠTĚNÉ ZVÍŘE: <i>Insured animal</i>	viz příloha	Identifikace: <i>Identification</i>	viz příloha	Datum narození: <i>Date of birth:</i>	viz příloha
ÚZEMNÍ PLATNOST *): <i>Territorial validity</i>	viz příloha				
DRUH CESTY: <i>Type of trip</i>	viz příloha	DRUH POBYTU: <i>Type of stay</i>	viz příloha		
PŘIPOJIŠTĚNÍ RIZIKOVÝCH ČINNOSTÍ A SPORTŮ: <i>Supplementary risk activities and sports insurance</i>	viz příloha				
HŘANICE PLNĚNÍ **): <i>Benefits limit</i>	viz příloha				
ZÁKLADNÍ BALÍČEK POJIŠTĚNÍ: <i>Basic insurance packet</i>	viz příloha	DOPLŇKOVÝ BALÍČEK POJIŠTĚNÍ: <i>Supplementary insurance packet</i>	viz příloha		
SJEDNANÉ DRUHY POJIŠTĚNÍ: <i>Agreed types of insurance</i>	viz příloha				

CENA ZÁJEZDU: <i>Price of trip</i>	viz příloha				
SPOLUÚČAST: <i>Deductible</i>	viz příloha				
POJISTNÁ DOBA *): <i>Period of insurance</i>	viz příloha	- počátek: <i>inception</i>	- konec: <i>expiration</i>	viz příloha	

JEDNORÁZOVÉ POJISTNÉ: **466 Kč** slovy: čtyřistašedesát šest
Single insurance premium *In words*

Jednorázové pojistné je splatné dnem uzavření pojistné smlouvy.
Single insurance premium is payable on conclusion of insurance policy.

DOPLŇUJÍCÍ USTANOVENÍ: Pro účely tohoto pojištění se ujednává, že odchýlíme od ustanovení pojistných podmínek CP 1/16, Oddíl B, Běhů 4, odstavce 3a), se pojištění sjednává s neomezeným limitem pojistného plnění.
Supplementary provision

Prohlášení pojistníka:

Přijetím nabídky na pojištění potvrzuji, že jsem se jako zájemce o pojištění před uzavřením pojistné smlouvy (dále jen „smlouva“) seznámil s informacemi pojistitele. Dále potvrzuji, že jsem se před uzavřením smlouvy podrobně seznámil s jejím obsahem včetně pojistných podmínek a všech dalších jejích součástí a že jsem všemu rozuměl. S obsahem smlouvy souhlasím a potvrzuji pravdivost a úplnost údajů ve smlouvě uvedených. Nemá-li osoba pojistníka a pojištěného totožná, prohlásuji, že jsem pojištěného podrobně seznámil s obsahem smlouvy včetně všech jejích součástí, že pojištěný všemu rozuměl a vyjádřil svůj souhlas s obsahem smlouvy a že pojištěného vždy seznámím i se všemi případnými změnami smlouvy a že k datu uzavření smlouvy nenastala u pojištěného žádná událost, která by mohla být důvodem vzniku pojistné události. Také prohlašuji, že pojištěný souhlasí, pro případ určení výše pojistného rizika, výše pojistného, resp. částek pojistného, s poskytnutím údajů o jeho zdravotním stavu a opravňuje všechny dotazované poskytovatele zdravotních služeb a zdravotní pojišťovny tyto informace, a to i po jeho smrti, pojištěně nebo osobám způsobilým pojištěněm sdělovat.

Berou na vědomí, že pojistná smlouva je současně potvrzením pojištětele o uzavření pojistné smlouvy, tj. pojiškou, a potvrzením o úhradě pojistného.

Prohlašuji na svou čest, že mám pojištěný zájem na zdraví, životě a majetku pojištěných osob a že výše uvedená souhlasí pojištěného jsem oprávněn činit na základě souhlasu pojištěného nebo jeho zákonného zástupce/opatrovníka.

Prohlášení pojistitele:

Pojistnou událost je nutné oznámit asistenční službě AXA Assistance CZ. Bez písemného souhlasu pojistitele nelze realizovat pojištění plnění.

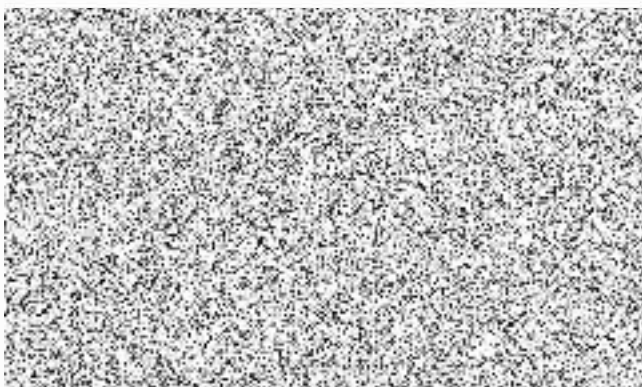
UZAVŘENÍ POJISTNÉ SMLOUVY: 30.09.2019 9:03 hod.

Conclusion of insurance policy



Datum a podpis zástupce pojištětele
Date and signature of insurer representative

Podpis zástupce pojistníka
Signature of the policyholder representative



Záznam z jednání CESTOVNÍ POJIŠTĚNÍ

Pojistitel: Pojišťovna VZP, a.s., Ke Štvanici 656/3 186 00 Praha 8, IČO: 27116913
Zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze pod sp. zn. B 9100

Zástupce pojistitele: Pojišťovna VZP, a.s., Ke Štvanici 656/3, 186 00 PRAHA 86
Švajdlerová Kateřina číslo: 9900000393

Zákazník:
Gymnázium, Praha 9, Litoměřická 726, Litoměřická 726/17, 190 00 PRAHA
IČ: 61387061

1. část Specifikace požadavků zákazníka (v případě skupinového pojištění se tato část nevyplňuje).

Zákazník si na základě svého pojistného zájmu, případně pojistného zájmu pojištěných osob, vybere vhodný rozsah pojištění.

Pojistná doba: od 18.10.2019 do 22.10.2019 tj. 5 dní

Pojištění:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> pojištění léčebných výloh | <input type="checkbox"/> pojištění osobních věcí |
| <input type="checkbox"/> úrazové pojištění | <input type="checkbox"/> pojištění odpovědnosti |
| <input type="checkbox"/> pojištění stornovacích poplatků | <input type="checkbox"/> pojištění pro případ hospitalizace (denní odškodné) |
| <input type="checkbox"/> pojištění veterinární péče (pouze pro psy a kočky s čipem) | |
| <input type="checkbox"/> pojištění zásahu horské záchranné služby | |

Připojištění rizikových činností a sportů, je-li požadováno:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Sportovní soutěže |
| <input type="checkbox"/> Nebezpečné činnosti a sporty |
| <input type="checkbox"/> Profesionální sporty |
| <input type="checkbox"/> Extrémní činnost i a sporty |

Druh cesty:

- | |
|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> turistická |
| <input type="checkbox"/> pracovní |

Druh pobytu:

- | |
|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nepřetržitý |
| <input type="checkbox"/> opakovaný |

Doplňkové pojištění:

- | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> NA LÉTO | <input type="checkbox"/> AUTO BJ *) | <input type="checkbox"/> GOLF |
| <input type="checkbox"/> NA ZIMU | <input type="checkbox"/> LETADLO | <input type="checkbox"/> ALL RISK*) |

Varianta hranice pojistného plnění:

- | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Basic | <input type="checkbox"/> Comfort | <input type="checkbox"/> Excelent |
|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|

*) Registrační značka automobilu

Registrační značka přívěsu

Volba varianty hranice pojistného plnění je shodná pro všechna pojištění a jejich výše pro jednotlivá pojištění jsou uvedena v pojistných podmínkách, případně v doplňkových pojistných podmínkách.

2. část Specifikace potřeb zákazníka

Záznamy z jednání (např. upozornění na rozpory mezi požadavky žadatele a možnostmi pojištění, překvapivá ustanovení)

3. část Pojistný zájem a prohlášení zákazníka

Pojistný zájem je oprávněná potřeba ochrany před následky pojistné události. Pojistník má pojistný zájem na vlastním životě, zdraví a majetku. Osvědčil-li to, má pojistný zájem i k jiné osobě.

Prohlášení zákazníka

Svým podpisem osvědčuji, že mám pojistný zájem na životě a zdraví pojišťovaných osob.

Stvrzuji:

- že veškeré uvedené požadavky jsou pravdivé a přesné a byly pojišťovací zprostředkovatelem zaznamenány jasně, přesně, úplně a srozumitelně a informace mi byly poskytnuty také jasně, srozumitelně a přesně, byl mi dostatečně vysvětlen i význam pojistných podmínek,
- že jsem převzal originál tohoto dokumentu.
- že jsem si vědom, že v případě sjednání opakovaného pobytu je pojištěný povinen prokazatelně doložit, že v době vzniku události jeho souvislý pobyt cizině nepřesáhl 90 dní.

Po přechodné období od účinnosti zákona č. 170/2018 Sb., o distribuci pojištění a zajištění, jsou stávající VPA / VPZ v této formě oprávněni zprostředkovávat pojištění podle tohoto zákona, a to do doby řádné přeregistrace na vázaného zástupce.

Pojišťovna deklaruje odbornou způsobilost VPA / VPZ.

30.9.2019

Podpis zástupce pojistitele.....



Podpis zákazníka.....





Pojišťovna VZP, a.s.
Ke Štvanici 656/3
186 00 Praha 8 - Karlín
IČO:27116913
DIČ:CZ27116913

Gymnázium, Praha 9, Litoměřická 726
Litoměřická 726/17
190 00 Praha 9 - Prosek

Vyúčtování pojistného za období 18.10.2019 do 22.10.2019

Název	Gymnázium, Praha 9, Litoměřická 726 Litoměřická 726/17	Číslo pojistné smlouvy	7533015688
Adresa	190 00 Praha 9 - Prosek	Datum vystavení	30.9.2019
IČ	61387061	Datum splatnosti	14.10.2019

Počet	Popis	Suma pojistného
2	Cestovní pojištění – viz pojistná smlouva	466,00 Kč
Celkem k úhradě:		466,00 Kč

Platební podmínky

Peněžní ústav Československá obchodní banka, a. s.
Číslo bankovního účtu **187149322**
Kód banky **0300**
Variabilní symbol **7533015688**
Konstantní symbol **0308**

Nejsme plátcí DPH.

Vystavila Kateřina Švajdlerová

razítko a podpis

