

POJISTITEL: Pojišťovna VZP, a.s. (PVZP)
Zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 8100
Sídlo: Ke Štvanici 656/3, 186 00 Praha 8, Karlín,
Česká republika, IČ: 27115913, info@ovzvp.cz
Číslo účtu: 187149322/0300

CESTOVNÍ POJIŠTĚNÍ

TRAVEL INSURANCE CONTRACT

POJISTNÁ SMLOUVA číslo: 7533015710 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 pojištěle na pojištění podpisem smlouvy obou smluvních stran.
Pojistná nebezpečí, pojistné události a oprávněná osoba jsou pro sjednaná pojištění určeny v pojistných podmínkách.

ZÁSTUPCE POJISTITELE: <i>Insurer representative</i>	Pojišťovna VZP, a.s., Ke Štvanici 656/3, 186 00 PRAHA 85, Švajdlerová Kateřina, číslo: 9900000393				
POJISTNÍK: <i>Policyholder</i>	Gymnázium, Praha 9, Litoměřická 726, LITOMĚŘICKÁ 726, 190 00 PRAHA IČ: 61387061				
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>		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				
HRANICE 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>				
- počátek: <i>inception</i>	viz příloha	- konec: <i>expiration</i>		viz příloha

JEDNORÁZOVÉ POJISTNÉ: 1 600 Kč slovy: jedentšícšestset
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 odchýlně od ustanovení pojistných podmínek CP 1/16, Oddílu B, článku 4. odstavce 5e), 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 pojištěle. 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. Nejsi osobou pojistníka a pojištěného totožná, prohlašuji, 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. šetření pojistné události, 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, pojištěli nebo osobám zplnomocněným pojištělelem sdělovat.

Beru na vědomí, že pojistná smlouva je současně potvrzením pojištěle o uzavření pojistné smlouvy, tj. pojistkou, a potvrzením o úhradě pojistného.

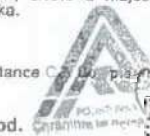
Prohlašuji na svou čest, že mám pojištěný zájem na zdraví, životě a majetku pojištěných osob a že výše uvedené souhlasy pojištěného jsem oprávněn činit na základě souhlasu pojištěného nebo jeho zákonného zástupce/opatrovníka.

Prohlášení pojištěle:

Pojistnou událost je nutné oznámit asistenční službě AXA Assistance Co. Ltd. písemně o umístění pojištěné události pojištěl nelze realizovat. Praha 9, Litoměřická 726, 190 00 Praha 9, Litoměřická 726

UZAVŘENÍ POJISTNÉ SMLOUVY: 30.09.2019 9:47 hod.

Conclusion of insurance policy



Pojišťovna VZP, a.s.
Ke Štvanici 656/3
186 00 Praha 8
IČ: 27115913

GYMNAZIUM

Praha 9, Litoměřická 726
190 00 Praha 9, Litoměřická 726

Datum a podpis zástupce pojištěle
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, 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"/> úrazové pojištění <input type="checkbox"/> pojištění stornovacích poplatků <input type="checkbox"/> pojištění veterinární péče (pouze pro psy a kočky s čipem) <input type="checkbox"/> pojištění zásahu horské záchranné služby <input type="checkbox"/> pojištění osobních věcí <input type="checkbox"/> pojištění odpovědnosti <input type="checkbox"/> pojištění pro případ hospitalizace (denní odškodné)	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
DoplňkovéPojištění: <input type="checkbox"/> NA LÉTO <input type="checkbox"/> NA ZIMU <input type="checkbox"/> AUTO BJ *) <input type="checkbox"/> LETADLO <input type="checkbox"/> GOLF <input type="checkbox"/> ALL RISK*)	Druh cesty: <input type="checkbox"/> turistická <input type="checkbox"/> pracovní Druh pobytu: <input type="checkbox"/> nepřetržitý <input type="checkbox"/> opakovaný
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. Osvědčí-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 pojišťovacím 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 zákona, a to do doby řádné přeregistrace na vázaného zástupce. Pojišťovna deklaruje odbornou způsobilost VPA / VPZ Ke Štvanici 656/3

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	7533015710
Adresa	190 00 Praha 9 - Prosek	Datum vystavení	30.9.2019
IČ	61387061	Datum splatnosti	14.10.2019

Počet	Popis	Suma pojistného
16	Cestovní pojištění – viz pojistná smlouva	1 600,00 Kč
Celkem k úhradě:		1 600,00 Kč

Platební podmínky

Peněžní ústav	Československá obchodní banka, a. s.
Číslo bankovního účtu	187149322
Kód banky	0300
Variabilní symbol	7533015710
Konstantní symbol	0308

Nejsme plátcí DPH.

Vystavila Kateřina Švajdlerová

razítko a podpis