

POJISTNÁ SMLOUVA

Kolektivní pojištění odpovědnosti z výkonu povolání číslo 44808187-71

SMLUVNÍ STRANY

Pojišťovna

Česká pojišťovna a.s., Spálená 75/16, Nové Město, 110 00 Praha 1, Česká republika, IČO: 45272956, DIČ: CZ699001273, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, spisová značka B 1464 (dále jen „pojišťovna“)

Pojistník

Název
IČO
E-mail
Telefon
Trvalá adresa

Střední zdravotnická škola
00638765
[redacted]
+420 246 090 805, +420 999 999 999
Ruská 2200/91, 100 00 Praha, ČESKÁ REPUBLIKA

Korespondenční adresa je shodná s trvalou adresou.

Osoba zastupující pojistníka

[redacted]

Pojistníkem se pro tyto účely rozumí i právnické osoby uvedené jako další společnosti, jejichž zaměstnanci jsou v této smlouvě pojištěni.

► Informace k pojištění

Specifikace pojištěných osob	Vybraní zaměstnanci pojistníka
Celkový počet pojištěných osob	53

1. Počátek a doba pojištění

Pojistná smlouva se uzavírá na dobu neurčitou s počátkem pojištění 15. 11. 2019.

2. Pojistné podmínky

Pojištění se řídí zákonem č. 89/2012 Sb., občanským zákoníkem, v platném znění, a Všeobecnými pojistnými podmínkami pro pojištění odpovědnosti z výkonu povolání VPPZAM-O-01/2019.

Skupiny pojištěných osob dle sjednaného rozsahu pojištění - pracovní zařazení Individuál						
Počet pojištěných osob		49				
Základní rozsah pojištění		Limit plnění	██████ Kč	Spoluúčast	██%, min. █████ Kč	Územní rozsah ČR
Připojištění	S řízením – skupina B	Sublimit plnění	nepožadováno	Spoluúčast	nepožadováno	ČR
	S řízením – všechny skupiny včetně obsluhy pracovních strojů	Sublimit plnění	nepožadováno	Spoluúčast	nepožadováno	
	Ztráta svěřených věcí	Sublimit plnění	nepožadováno	Spoluúčast	nepožadováno	
	Pokuty a penále	Sublimit plnění	nepožadováno	Spoluúčast	nepožadováno	
	Vadná manuální práce a chybná obsluha	Sublimit plnění	nepožadováno	Spoluúčast	nepožadováno	
	Přeprava včetně nakládky a vykládky	Sublimit plnění	nepožadováno	Spoluúčast	nepožadováno	
Roční pojistné za Skupinu pojištěných po všech slevách						30 552 Kč

Skupiny pojištěných osob dle sjednaného rozsahu pojištění - pracovní zařazení Individuál						
Počet pojištěných osob		2				
Základní rozsah pojištění		Limit plnění	██████ Kč	Spoluúčast	██%, min. █████ Kč	Územní rozsah ČR
Připojištění	S řízením – skupina B	Sublimit plnění	nepožadováno	Spoluúčast	nepožadováno	ČR
	S řízením – všechny skupiny včetně obsluhy pracovních strojů	Sublimit plnění	nepožadováno	Spoluúčast	nepožadováno	
	Ztráta svěřených věcí	Sublimit plnění	nepožadováno	Spoluúčast	nepožadováno	
	Pokuty a penále	Sublimit plnění	nepožadováno	Spoluúčast	nepožadováno	
	Vadná manuální práce a chybná obsluha	Sublimit plnění	nepožadováno	Spoluúčast	nepožadováno	
	Přeprava včetně nakládky a vykládky	Sublimit plnění	nepožadováno	Spoluúčast	nepožadováno	
Roční pojistné za Skupinu pojištěných po všech slevách						1 428 Kč

Skupiny pojištěných osob dle sjednaného rozsahu pojištění - pracovní zařazení Individuál					
Počet pojištěných osob	2				
Základní rozsah pojištění	Limit plnění	██████ Kč	Spoluúčast	██████ %, min. ██████ Kč	Územní rozsah ČR
Přípojištění	S řízením – skupina B	Sublimit plnění	nepožadováno	Spoluúčast	nepožadováno
	S řízením – všechny skupiny včetně obsluhy pracovních strojů	Sublimit plnění	nepožadováno	Spoluúčast	nepožadováno
	Ztráta svěřených věcí	Sublimit plnění	nepožadováno	Spoluúčast	nepožadováno
	Pokuty a penále	Sublimit plnění	nepožadováno	Spoluúčast	nepožadováno
	Vadná manuální práce a chybná obsluha	Sublimit plnění	nepožadováno	Spoluúčast	nepožadováno
	Přeprava včetně nakládky a vykládky	Sublimit plnění	nepožadováno	Spoluúčast	nepožadováno
Roční pojistné za Skupinu pojištěných po všech slevách					1 788 Kč

3. Informace k pojistnému

Kolektivní pojištění odpovědnosti z výkonu povolání	Roční pojistné před slevou	██████ Kč
	Obchodní sleva/Marketingová akce	██████ Kč

Celkové roční pojistné před slevou	██████ Kč
Obchodní sleva/Marketingová akce	██████ Kč
Sleva za počet zaměstnanců	██████ Kč
Celková sleva	██████ Kč
Celkové roční pojistné po slevě¹	33 768 Kč
Výše splátky	██████ Kč

¹ Pojistné zaokrouhlo na celé číslo tak, aby bylo dělitelné počtem splátek.

4. Platební detaily

Pojistné bude hrazeno vždy k 15. 11. každého roku.

Částka k úhradě	██████ Kč
Číslo účtu	246246/5500
Variabilní symbol	4480818771
Frekvence placení	ročně
Způsob placení	Převod z účtu




Nyní můžete platit na vybraných terminálech Sazky po celé ČR.
051448081877103376800003

5. Otázky a odpovědi k pojištění odpovědnosti občanů Je pojistník zároveň pojištěnou osobou?

NE

Kolik jste měl / měla škod z odpovědnosti z výkonu povolání za poslední 3 roky?

Řídíte dopravní prostředek s řidičským oprávněním skupiny B?

Řídíte jiný dopravní prostředek nebo pracovní stroj?

Jaká je výše měsíčního platu udaná klientem?

Nesděleno Kč

Je odpovědnost za škody z výkonu povolání pojištěno jiným pojištěním?

NE

6. Závěrečná prohlášení

Odpovědi pojistníka na dotazy pojišťovny a údaje jím uvedené v této smlouvě se považují za odpovědi na otázky týkající se podstatných skutečností rozhodných pro ohodnocení rizika. Pojistník přijetím nabídky stvrzuje jejich úplnost a pravdivost.

Pojistník potvrzuje, že je seznámen se zmocněními a zproštěním mlčenlivosti, jak je uvedeno v článku 10 Všeobecnými pojistnými podmínkami pro pojištění odpovědnosti z výkonu povolání VPPZAM-O-01/2019.

Pojistník prohlašuje, že byl informován o zpracování jím sdělených osobních údajů a že podrobnosti týkající se osobních údajů jsou dostupné na www.ceskapojistovna.cz v sekci Osobní údaje a dále v obchodních místech pojistitele. Pojistník se zavazuje, že v tomto rozsahu informuje i pojištěné osoby. Dále se zavazuje, že pojistiteli bezodkladně oznámí případné změny osobních údajů.

Na základě zmocnění pojištěnými uděluje pojistník souhlasy a zmocnění a zprošťuje mlčenlivosti v uvedeném rozsahu rovněž jménem všech pojištěných.

Pojistník prohlašuje a přijetím nabídky stvrzuje, že se seznámil s informacemi o pojištění a převzal v listinné podobě nebo se svým souhlasem v jiné textové podobě (na CD) následující dokumenty:

- Informace pro klienta,
- pojistné podmínky k jednotlivým pojištěním,
- informační dokument o pojistném produktu,
- sazebník poplatků,
- stručná informace o zpracování osobních údajů.

Pojistník dále prohlašuje, že seznámí pojištěného s obsahem této smlouvy včetně uvedených pojistných podmínek.

Datum uzavření pojistné smlouvy _____ Místo uzavření pojistné smlouvy

PRAHA

Střední zdravotnická škola



Osoba zastupující pojistníka

PhDr. Ivanka Kohoutová

Podpis (razítko) osoby zastupující pojistníka

Podpis zástupce České pojišťovny a.s.,
pověřeného uzavřením této smlouvy