

Kolektivní pojištění odpovědnosti při výkonu povolání číslo 7181419995

aktualizované znění pojistné smlouvy sjednané s účinností od 1. 10. 2020

SMLUVNÍ STRANY

Pojišťovna

Generali Česká pojišťovna a.s., Spálená 75/16, Nové Město, 110 00 Praha 1, IČO: 452 72 956, DIČ: CZ699001273, je zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, spis. zn. B 1464, člen skupiny Generali, zapsané v italském registru pojišťovacích skupin, vedeném IVASS, pod číslem 026 (dále jen „pojišťovna“)

Pojistník

Název

Pražské služby, a.s.

IČO

60194120

E-mail

Telefon

Trvalá adresa

Korespondenční adresa

**Pod šancemi 444/1, 180 77 Praha 8, ČESKÁ REPUBLIKA
Nuselská 236/39, 140 00 Praha - Nusle, Česká republika**

Osoba zastupující pojistníka

vztah ke společnosti: **člen představenstva**

Osoba zastupující pojistníka

vztah ke společnosti: **předseda představenstva**

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

Všichni zaměstnanci pojistníka

Celkový počet pojištěných osob

1. Počátek a doba pojištění

Pojistná smlouva se uzavírá na dobu neurčitou s počátkem pojištění 1. 10. 2019.

Smluvní strany se dohodly na změně pojistné smlouvy č. 7181419995 ke dni 1. 10. 2020. Od tohoto data je platná pojistná smlouva v aktualizovaném znění.

2. Pojistné podmínky

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

Skupiny pojištěných osob dle sjednaného rozsahu pojištění - pracovní zařazení Individuál					
Počet pojištěných osob		■			
Základní rozsah pojištění	Limit plnění	■ Kč	Spoluúčast	■ Kč	Územní rozsah ■
Připojištění	Řízení – skupina B	Sublimit plnění	nepožadováno	Spoluúčast	nepožadováno
	Řízení – všechny skupiny včetně obsluhy pracovních strojů	Sublimit plnění	nepožadováno	Spoluúčast	nepožadováno
	Ztráta svěřených věcí	Sublimit plnění	■ Kč	Spoluúčast	■%, min. ■ Kč
	Pokuty a penále	Sublimit plnění	nepožadováno	Spoluúčast	nepožadováno
	Vadná manuální práce a chybná obsluha	Sublimit plnění	■ Kč	Spoluúčast	■%, min. ■ Kč
	Přeprava včetně nakládky a vykládky	Sublimit plnění	nepožadováno	Spoluúčast	nepožadováno
Roční pojistné za Skupinu pojištěných po všech slevách					559 488 Kč

Skupiny pojištěných osob dle sjednaného rozsahu pojištění - pracovní zařazení Individuál					
Počet pojištěných osob		■			
Základní rozsah pojištění	Limit plnění	■ Kč	Spoluúčast	■ Kč	Územní rozsah ■
Připojištění	Řízení – skupina B	Sublimit plnění	nepožadováno	Spoluúčast	nepožadováno
	Řízení – všechny skupiny včetně obsluhy pracovních strojů	Sublimit plnění	■ Kč	Spoluúčast	■ Kč
	Ztráta svěřených věcí	Sublimit plnění	■ Kč	Spoluúčast	■%, min. ■ Kč
	Pokuty a penále	Sublimit plnění	nepožadováno	Spoluúčast	nepožadováno
	Vadná manuální práce a chybná obsluha	Sublimit plnění	■ Kč	Spoluúčast	■%, min. ■ Kč
	Přeprava včetně nakládky a vykládky	Sublimit plnění	■ Kč	Spoluúčast	■%, min. ■ Kč
Roční pojistné za Skupinu pojištěných po všech slevách					2 453 820 Kč

3. Informace k pojistnému

Kolektivní pojištění odpovědnosti při výkonu povolání	Roční pojistné před slevou	■
	Obchodní sleva / Marketingová akce	■

Celkové roční pojistné před slevou

Obchodní sleva / Marketingová akce

Sleva za počet zaměstnanců

Celková sleva

Celkové roční pojistné po slevě¹

Výše splátky

3 013 308 Kč
¹ Pojistné zaokrouhloveno na celé číslo tak, aby bylo dělitelné počtem splátek.

4. Platební detaily

Pojistné bude hrazeno vždy k 1. 10. každého roku.

Bankovní převod

Částka k úhradě	██████ Kč
Číslo účtu	246246/5500
Variabilní symbol	7181419995
Frekvence placení	ročně
Způsob placení	Převod z účtu

Platba přes QR kód**➤ přes mobilní telefon**

- po spuštění bankovní aplikace na Vašem mobilním telefonu zvolte platbu pomocí QR kódu
- načtením tohoto QR kódu provedete úhradu

**➤ na terminálech SAZKA**

- tento dokument předložte na vybraných terminálech SAZKA
- částku zaplatte v hotovosti

**5. Otázky a odpovědi k pojištění odpovědnosti občanů
Je pojištěn zůroveň pojištěnou osobou?****NE**

Kolik jste měl/měla škod z odpovědnosti při 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?

Je odpovědnost za škody při výkonu povolání pojištěno jiným pojištěním?

Nesděleno Kč
NE**6. Závěrečná prohlášení**

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

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

Pojištěník prohlašuje, že byl informován o zpracování jím sdělených osobních údajů a že podrobnosti týkající se osobních údajů jsou dostupné na www.generaliceska.cz v sekci Osobní údaje a dále v obchodních místech pojistitele. Pojištěník 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 pojištěník souhlas a zmocnění a zproštuje mlčenlivosti v uvedeném rozsahu rovněž jménem všech pojištěných.

Pojištěník 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 administrativních poplatků,
- stručná informace o zpracování osobních údajů.

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

Datum uzavření dohody o změně pojistné smlouvy _____ Místo uzavření pojistné smlouvy

PRAHA

Pražské služby, a.s.



Osoba zastupující pojistníka



Podpis (razítko) osoby zastupující pojistníka

Osoba zastupující pojistníka



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

Podpis (razítko) osoby zastupující pojistníka