

Kolektivní úrazové pojištění

3 5 5 9 0 0 0 8 5 7

Číslo nové pojištné smlouvy

Osobní údaje

Pojištník

Město Valašské Meziříčí

Obchodní firma (resp.příjmení)

Jméno

Titul

Náměstí 7, Valašské Meziříčí

7 5 7 0 1

Adresa v ČR: ulice, č.p., obec

PSČ

Telefon / Mobil

E-mail

☐ žena

☐ muž

☒ firma

Datum narození (den, měsíc, rok)

0 0 3 0 4 3 8 7

Rodné číslo (resp.IČ)

Státní přísluš.

Pojištník zastoupen

město

Předmět činnosti organizace

Obsah a rozsah pojištění

Pojištěná činnost, akce

Doba trvání pojištění

SKUPINA 1

5 4

Počet pojištěných osob

SKUPINA 2

Počet pojištěných osob

školení + výcvik + soutěže + zásahy

cesta z/na zásah + údržba techniky

0 1 0 2 2 0 1 7

0.00 hod.

0 1 0 2 2 0 1 8

0.00 hod.

Počet dnů

365

Počátek pojištění (den, měsíc, rok)

Konec pojištění (den, měsíc, rok)

Automatické prodloužení

☐ ano ☒ ne

Tarif

2 7

Riziková skupina

2

SKUPINA 1

Tarif

Riziková skupina

SKUPINA 2

Pojištění plnění pro:

Pojištná částka v Kč

Smrt úrazem

1.000.000

Trvalé následky úrazu

1.000.000

S progresivním plněním PROG6 od ☒ 0,5% ☐ 10%

Denní odškodné od 10. dne zpětně

500

Nemocniční odškodné

Invalidita III. stupně - úraz

Pojištění plnění pro:

Pojištná částka v Kč

Smrt úrazem

Trvalé následky úrazu

S progresivním plněním PROG6 od ☐ 0,5% ☐ 10%

Denní odškodné od 10. dne zpětně

Nemocniční odškodné

Invalidita III. stupně - úraz

Celkové roční pojištné

62.802

Kč

Upravené pojištné

56.522

Kč

Výše jedné splátky

56.522

Kč

Splatné k

každého roku

Způsob placení pojištného

☒ ročně ☐ pololetně ☐ čtvrtletně ☐ měsíčně ☐ jednorázově

inkasem z účtu: kód banky

předčíslí

číslo účtu

SIPO: kód banky

9 9 9 9

spojující číslo plátce

trvalým příkazem

☒ příkazem k úhradě

poštovní poukázkou

Zvláštní ujednání

odchýlné nebo doplňující údaje

Pojištění je sjednáno jako jednorázové s automatickým prodloužením. Navrhovatel bere na vědomí, že pojištník může upravit výši pojištného v důsledku elektronického zpracování dat až o 1%, aniž by to bylo považováno za protinávrh podle čl. 4, odst. 4.3, VPP UCZ/15. Kolektivní úrazové pojištění sjednané tímto návrhem se řídí §2827 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. Pojištník je povinen informovat pojištětele o změnách v počtu pojištěných osob a zejména ke konci pojištního období pojištěteli zaslat potřebné informace pro vyúčtování pojištného.

Prohlášení pojištníka a pojištěného/ných

Prohlašuji, že mi byly poskytnuty v dostatečném předstihu před uzavřením pojištní smlouvy přesným, jasným a srozumitelným způsobem, písemně a v českém jazyce (případně i v jiném požadovaném jazyce) informace o pojištním vztahu včetně seznámení se s obsahem informačního listu, který jsem převzal/a, a včetně seznámení se s obsahem Všeobecných pojištních podmínek UCZ/15, UCZ/U/15, Doplnkových pojištních podmínek DPP/UK/15, Z/PI3/K/15, příslušných oceňovacích tabulek pro trvalé následky úrazu a pro denní odškodné, které jsem převzal/a, kromě uvedených tabulek, ve smyslu zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník a zákona č. 38/2004 Sb., o pojišťovacích zprostředkovatelích a samostatných likvidátorech pojištních událostí. Prohlašuji, že jsem měl/a dostatek času k prostudování tohoto návrhu a že tento návrh na uzavření pojištění odpovídá mému pojištnímu zájmu a mým pojištním potřebám a požadavkům, všechny mé dotazy, které jsem položil/a pojištěteli nebo jím pověřenému zástupci, byly náležitě zodpovězeny, a s rozsahem a podmínkami pojištění jsem srozuměn/a. Zavazuji se, že bez zbytečného odkladu nahlásím jakoukoliv změnu zpracovávaných osobních a identifikačních údajů. Souhlasím s tím, aby UNIQA pojišťovna, a.s. a její zprostředkovatelé zpracovávali ve smyslu zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon), mé osobní a citlivé údaje v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovnictvím a zajišťovací činností podle ustanovení § 1 a §2 zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích z tohoto smluvního vztahu. Dále souhlasím s tím, aby mé osobní údaje byly poskytnuty i ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví, bankovnínictví a při poskytování služeb v rámci koncernu UNIQA. Souhlasím s tím, že odvolání souhlasu může mít za následek zánik pojištní smlouvy. Prohlašuji, že jsem byl/a dostatečně a srozumitelně poučen/a o svých právech vyplývajících ze zákona a tento souhlas ke zpracování dávám po celou dobu trvání závazků plynoucích z tohoto pojištění a to i pro ta pojištění či připojištění, která budou sjednána dodatečně. Zmocňuji UNIQA pojišťovnu a.s. k nahlédnutí do úředních, lékařských či jiných podkladů a podkladů jiných pojišťoven v souvislosti s vyřizováním pojištních událostí. Tímto zmocněním dotazované instituce zprostředkují povinnosti zachovávat mlčenlivost, a to i na dobu po mé smrti. Souhlasím, aby pojištník přímo nebo prostřednictvím pověřeného zdravotnického zařízení nebo zdravotní pojišťovny podle potřeby zjišťoval můj zdravotní stav. Prohlašuji, že všechny lékaře a zdravotnická zařízení, kteří mne léčí nebo s nimiž jsem svůj stav konzultoval/a, zbavuji povinnosti zachovávat mlčenlivost vůči UNIQA pojišťovně a.s. Na základě tohoto prohlášení je zmocňuji k vyhotovení a vydání lékařských zpráv, výpisu ze zdravotní dokumentace.

Za pojištětele převzal

RESPECT OSTRAVA

7 7 0 1 3 4 4 5

Pojišťovaci zprostředkovatel

Číslo

Telefon

Číslo záznamu o potřebách klienta

Hod.

Podpis

E mail

Podpis pojištníka (navrhovatele)

☒ Požadovanou variantu zakládá!

Datum

Kopie (pro pojištníka)