

Kolektivní pojištění odpovědnosti při výkonu povolání číslo 4286500708

aktualizované znění pojistné smlouvy sjednané s účinností od 18. 6. 2021

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
IČO
E-mail
Telefon
Trvalá adresa

SMO, městská akciová společnost Orlová
60793163

Okružní 988, 735 14 Orlová, ČESKÁ REPUBLIKA

Korespondenční adresa je shodná s trvalou adresou.

Osoba zastupující pojistníka

██████████ datum narození: ██████████ vztah ke společnosti: **Statutární zástupce**

Osoba zastupující pojistníka

██████████ vztah ke společnosti: **Statutární zástupce**

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	████

Tato pojistná smlouva je ve správě

██████████
IČO
Získatelské číslo

1. Počátek a doba pojištění

Pojistná smlouva se uzavírá na dobu neurčitou s počátkem pojištění 18. 6. 2020 a ročním pojistným obdobím.

Smluvní strany se dohodly na změně pojistné smlouvy č. 4286500708 ke dni 18. 6. 2021. 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 VPP-OH-01/2020.

VSTUPNÍ INFORMACE A DOPORUČENÁ POJIŠTĚNÍ – Kolektiv

► Vstupní informace od pojištěného pro doporučení – rozhodovací proces

Chcete pojistit všechny zaměstnance?
Kolik zaměstnanců celkem chcete pojistit?

ANO

► Vstupní informace pro skupinu - Individuál

 Řídíte dopravní prostředek s řidičským oprávněním skupiny B?
 Řídíte jiný dopravní prostředek nebo pracovní stroj?
 Jaká je výše měsíčního platu udaná klientem?

NE
NE
Nesděleno

Skupiny pojištěných osob dle sjednaného rozsahu pojištění - pracovní zařazení Individuál						
Počet pojištěných osob		■				
Základní rozsah pojištění		Limit plnění	■ Kč	Spoluúčast	■%, min. ■ 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	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						29 688 Kč

VSTUPNÍ INFORMACE A DOPORUČENÁ POJIŠTĚNÍ – Kolektiv
► Vstupní informace od pojištěného pro doporučení – rozhodovací proces

 Chcete pojistit všechny zaměstnance?
 Kolik zaměstnanců celkem chcete pojistit?

ANO
 ■

► Vstupní informace pro skupinu - Profiřidič- B

 Řídíte dopravní prostředek s řidičským oprávněním skupiny B?
 Řídíte jiný dopravní prostředek nebo pracovní stroj?
 Jaká je výše měsíčního platu udaná klientem?

ANO
NE
Nesděleno

Skupiny pojištěných osob dle sjednaného rozsahu pojištění - pracovní zařazení Profiřidič- B						
Počet pojištěných osob		■				
Základní rozsah pojištění		Limit plnění	■ Kč	Spoluúčast	■%, min. ■ Kč	Územní rozsah
Připojištění	Řízení – skupina B	Sublimit plnění	■ Kč	Spoluúčast	■%, min. ■ Kč	■
	Řízení – 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						50 076 Kč

VSTUPNÍ INFORMACE A DOPORUČENÁ POJIŠTĚNÍ – Kolektiv
► Vstupní informace od pojištěného pro doporučení – rozhodovací proces

Chcete pojistit všechny zaměstnance?

ANO

Kolik zaměstnanců celkem chcete pojistit? ■
► Vstupní informace pro skupinu - Profiřidič

Řídíte dopravní prostředek s řidičským oprávněním skupiny B?

Řídíte jiný dopravní prostředek nebo pracovní stroj?

Jaká je výše měsíčního platu udaná klientem?

NE
ANO
Nesděleno

Skupiny pojištěných osob dle sjednaného rozsahu pojištění - pracovní zařazení Profiřidič					
Počet pojištěných osob		■			
Základní rozsah pojištění	Limit plnění	■ Kč	Spoluúčast	■%, min. ■ Kč	
Připojištění	Řízení – skupina B	Sublimit plnění	nepožadováno	Spoluúčast	nepožadováno
	Řízení – všechny skupiny včetně obsluhy pracovních strojů	Sublimit plnění	■ Kč	Spoluúčast	■%, min. ■ Kč
	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				36 996 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	116 760 Kč
Výše splátky	■

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

4. Platební detaily

Celkové roční pojistné po slevě je hrazeno ve stanovené výši splátky a dle toho určené frekvenci vždy k 18. dni 6. měsíce každého kalendářního roku.

Bankovní převod

Částka k úhradě	■ Kč
Číslo účtu	246246/5500
Variabilní symbol	4286500708
Frekvence placení	ročně
Způsob placení	Převod z účtu

Platba přes QR kód
► přes mobilní telefon
► na terminálech SAZKA

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



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

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

Kolik jste měl/měla škod z odpovědnosti při výkonu povolání za poslední 3 roky?
Je odpovědnost za škody při výkonu povolání pojištěno jiným pojištěním?

NE**6. Zvláštní ujednání****7. 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 při výkonu povolání VPP-OH-01/2020.

Pojistník 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. 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,
- Všeobecné pojistné podmínky VPP-OH-01/2020,
- Informační dokument o pojistném produktu,
- Sazebník administrativních poplatků,
- Stručná informace o zpracování osobních údajů.

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

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

SMO, městská akciová společnost Orlová

**Osoba zastupující pojistníka**_____
Podpis (razítko) osoby zastupující pojistníka**Osoba zastupující pojistníka**_____
Podpis zástupce Generali České pojišťovny a.s.,
oprávněného k uzavření této smlouvy_____
Podpis (razítko) osoby zastupující pojistníka