

Příloha č. 1 smlouvy o zajištění školy v přírodě, poskytnutí ubytovacích, stravovacích a dalších služeb

Povinnosti vychovatele a zdravotníka na škole v přírodě (ŠVP)

1) Povinnosti vychovatelů ŠVP - dle dohody s vedoucím ŠVP provádí:

- vede odpolední i večerní program
- plně odpovídá za bezpečnost dětí, které mu byly svěřeny po dobu výkonu jeho funkce
- při zhoršeném zdravotním stavu žáků ihned informuje zdravotníka i vedoucího ŠVP
- dbá pokynů vedoucího ŠVP
- drží noční dozor

2) Povinnosti zdravotníka na ŠVP:

- převezme zdravotní dokumentaci žáků (viz práva a povinnosti odběratele)
 - přiděluje dětem dlouhodobě užívané léky podle pokynů rodičů (event. lékaře)
 - ošetřuje drobná poranění a onemocnění a poskytuje první pomoc, spolupracuje s lékařem
 - pečuje o nemocné na izolaci
 - zajistí vybavenou lékárníčku
 - vede zdravotní deník o průběhu pobytu a záznamy o onemocnění
 - zajišťuje zdravotnický dohled při výletech
 - je zodpovědný za bezpečnost léků a jejich podávání
 - při návratu informuje rodiče o zdravotním stavu dětí
 - drží noční dozor
-



PROHLÁŠENÍ POJIŠTĚNÉHO – pojistný produkt HOME STANDARD STORNO A ODPOVĚDNOST

Identifikace pojištěného

Příjmení, jméno, titul:

Rodné číslo:

Kontaktní údaj:

Podpísem tohoto prohlášení beru na vědomí a souhlasím s cestovním pojištěním, které poskytuje Generali Pojišťovna a.s., IČO: 61859869, se sídlem Bělehradská 132, 120 84 Praha 2, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném u Městského soudu v Praze, spisová značka B 2866, společnost je členem Skupiny Generali, zapsané v italském registru pojišťovacích skupin, vedeném IVASS (dále jen „pojistitel“) na základě skupinové pojistné smlouvy o cestovním pojištění č. 3274700000 (dále jen „pojistná smlouva“) uzavřené mezi pojistitelem a PRAGOTOUR PLUS s.r.o. IČO: 01722395, se sídlem Jahodová 2707/117, 106 00 Praha 10 - Záběhlice, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném u Městského soudu v Praze, spisová značka C 210091 (dále jen „pojistník“) za níže uvedených podmínek:

Název pojištění	Rozsah pojištění	Pojistná částka (PČ)/limit pojistného plnění (LPP)	Územní rozsah pojištění
Úrazové pojištění	Trvalé následky úrazu	PČ 500 000 Kč	Česká republika dle čl. 17 VPP CEP 2015/02
	Smrt následkem úrazu	PČ 500 000 Kč	
Pojištění pro případ zrušení cesty	Storno cesty před jejím počátkem	LPP 80% nákladů, max. 10 000 Kč	
Pojištění odpovědnosti za škodu	Odpovědnost za škodu na zdraví jiné osoby	LPP 1 000 000 Kč	
	Odpovědnost za škodu na majetku jiné osoby	LPP 1 000 000 Kč	
	Odpovědnost za škodu za ušlý zisk jiné osoby	LPP 50 000 Kč	

Vzájemná práva a povinnosti se řídí zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (dále jen „zákon“), příslušnými ustanoveními ostatních právních předpisů ČR, Informacemi pro klienta a Všeobecnými a zvláštními pojistnými podmínkami pro cestovní pojištění (dále jen „VPP a ZPP CEP 2015/02“). VPP a ZPP CEP 2015/02 a Informace pro klienta tvoří nedílnou součást této pojistné smlouvy.

Prohlašuji, že jsem převzal a před uzavřením pojistné smlouvy jsem byl seznámen s Informacemi pro klienta, které rovněž obsahuje poučení o ochraně osobních údajů, a s VPP a ZPP CEP 2015/02, jejich obsah rozumím a s obsahem souhlasím. Svým podpisem stvrzuji, že jsem byl seznámen s pojistnou smlouvou, že tato odpovídá jeho zájmu a jeho pojistným potřebám, a dále prohlašuji, že s rozsahem a podmínkami pojištění souhlasím. Zavazuji se bez zbytečného odkladu oznámit všechny případné změny včetně změny osobních a jsem si vědom případných negativních následků nenahlášení změn (zejména při doručování korespondence).

Zavazuji se plnit povinnosti uvedené ve VPP a ZPP CEP 2015/02 a jsem si vědom, že v případě jejich porušení mne mohou postihnout nepříznivé následky (např. zánik pojištění, snížení nebo odmítnutí pojistného plnění). V případě vzniku škodné události zprošťuji ošetřujícího lékaře, zdravotnická zařízení, zdravotní pojišťovny, úřady práce, živnostenské úřady, orgány správy sociálního zabezpečení, státní zastupitelství, policii a další orgány činné v trestním řízení, hasičský záchranný sbor, záchrannou službu (včetně horské služby) a další orgány veřejné správy a zaměstnavatele k poskytnutí informací a dokladů ze zdravotnické a jiné dokumentace povinnosti mlčenlivosti; dále zmocňuji pojistitele, aby si od lékařů a zdravotnických zařízení vyžádal nutné informace o mém zdravotním stavu bez obsahového omezení.

Současně zmocňuji pojistitele, resp. jím pověřenou osobu, aby ve všech řízeních probíhajících v souvislosti s touto škodnou událostí mohla nahlížet do soudních, policejních, případně jiných úředních spisů a zhotovovat z nich kopie či výpisy. Zmocňuji tímto pojistitele k nahlédnutí do podkladů jiných pojištění v souvislosti se šetřením škodných událostí a výplatu pojistného plnění. Výše uvedený souhlas a zmocnění se vztahuje i na dobu po mé smrti.

Stvrzuji, že jsem byl poučen o účelu, rozsahu a způsobu zpracování osobních údajů, a že jsem byl informován o právech a o povinnostech pojistitele i o svých právech a povinnostech. Souhlasím se zpracováním všech poskytnutých osobních údajů zejména pro účely pojišťovací činnosti a dalších činností vymezených zákonem o pojišťovnictví a za účelem zaslání obchodních sdělení. Výslovně souhlasím s tím, abych byl v záležitostech pojistného vztahu nebo v záležitosti nabídky pojišťovacích a souvisejících finančních služeb a jiných obchodních sdělení pojistitele nebo nabídky služeb a jiných obchodních sdělení členů mezinárodního koncernu Generali a spolupracujících obchodních partnerů kontaktován písemnou, elektronickou nebo i jinou formou. Zároveň sdělením kontaktního spojení dávám souhlas, aby mne pojistitel kontaktoval elektronickou formou i v záležitostech týkajících se i případně dříve sjednaných pojištění. Souhlasím s předáváním a poskytováním poskytnutých osobních údajů a údajů o pojistném vztahu subjektům mezinárodního koncernu Generali a jeho zajišťovacím partnerům v souladu s právními předpisy pro shora uvedené účely.

Smlouva o zájezdu a pojistná ochrana byla uzavřena pro více osob:

ano

Jako zákazník cestovní kanceláře jsem uzavřel smlouvu o zájezdu pro více osob (např. rodinných příslušníků apod.) Prohlašuji, že jsem oprávněn výše uvedené prohlášení učinit i jménem těchto osob. Pro tento případ se zavazuji, že tyto osoby seznámím také s obsahem pojistné smlouvy, VPP a ZPP CEP 2015/02 a Informacemi pro klienta.

ne

Datum:

Podpis pojištěného:

Podpis pojistníka: