

Pojistná smlouva Rizikové životní pojištění Bel Mondo 20

číslo pojistné smlouvy

3186920617

číslo obchodního případu

0121000003784572

číslo modelace

3

Pojistitel

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

Pojišťovací zprostředkovatel

Samostatný zprostředkovatel

titul, jméno, příjmení, titul za jménem / obchodní firma

NOBELIA, S.R.O.

IČO

27456439

adresa sídla - ulice, číslo popisné

Štefánikova 16

obec - část obce

Praha 5, Smíchov

PSČ

150 00

získatelské číslo

e-mail

telefon

Vázaný zástupce

titul, jméno, příjmení, titul za jménem / obchodní firma

IČO

08554633

adresa sídla - ulice, číslo popisné

obec - část obce

PSČ

262 56

e-mail

telefon

schéma

Dopředné

Pojistná doba

pojistná doba

35 let

počátek pojištění

01.02.2022

konec pojištění (konec pojistné smlouvy)

31.01.2057 ve 24:00

Konec pojištění platí pro všechna sjednaná pojištění, pokud u konkrétního pojištění nebyl sjednán dřívější konec pojištění.

Pojistník

obchodní firma

DOKAS Dobříš, s.r.o.

IČO

25144251

zastoupena (jméno, příjmení, funkce)

rodné číslo

datum narození

státní občanství

CZ

adresa sídla - ulice, číslo popisné

obec - část obce

PSČ

stát

263 01

CZ

Pojištěný č. 1

titul, jméno, příjmení, titul za jménem

rodné číslo

pohlaví

Muž

státní občanství

CZ

ulice, číslo popisné

obec - část obce

PSČ

254 01

Jaké je Vaše povolání / předmět podnikání?

Jaký druh sportovní činnosti (vč. trenérské a rozhodčí) provozujete?

neprovozuje

Hlavní pojištění / doplňková životní pojištění

Pojištěný č. 1

	Pojistná částka (v Kč)	Konec pojištění	Měsíční rizikové pojistné po slevě (v Kč)
Z5P Hlavní životní pojištění		31.01.2057	
Z5Z Doplňkové pojištění pro případ smrti		31.01.2057	
ID1 Doplňkové pojištění invalidity I., II. a III. stupně		31.12.2056	
AUZ Doplňkové pojištění zproštění od placení pojistného		31.12.2056	

Doplňková úrazová pojištění

Pojištěný č. 1

	Pojistná částka (v Kč)	Konec pojištění	Měsíční rizikové pojistné po slevě (v Kč)
UTA Doplňkové pojištění smrti úrazem následkem autonehody		31.01.2057	
TNP0 Doplňkové pojištění trvalých následků úrazu (od 0,001 % tělesného poškození)		31.01.2057	
DOU8 Doplňkové pojištění denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu (karenční doba 7 dní)		31.01.2057	

Doplňková nemocenská pojištění

Pojištěný č. 1

	Pojistná částka (v Kč)	Konec pojištění	Měsíční rizikové pojistné po slevě (v Kč)
DON29 Doplňkové pojištění při pracovní neschopnosti (od 29. dne)		31.12.2056	
DOH Doplňkové pojištění při pobytu v nemocnici		31.01.2057	

Benefity

OPCE Garantované navýšení pojistných částek

PZAA Pojištění zážitkových akcí

NVPP Navýšení pojistného plnění při nezaviněné autonehodě

Podrobnější podmínky k benefitům jsou uvedeny v ZPP-ŽPR-BM20-0002.
Pojistné za benefity je zahrnuto v částce celkového běžného pojistného.

Pojistné a platby pojistného

Měsíční rizikové pojistné za sjednaná pojištění **před slevou**

Sleva za výši pojistného

Měsíční rizikové pojistné za sjednaná pojištění **po slevě**

frekvence **měsíční** způsob placení **trvalým příkazem z účtu**

Celkové měsíční (běžné) pojistné

1 761 Kč

Úhrada běžného pojistného pojistníkem

číslo účtu

variabilní symbol

Pojistník je povinen platit celkové běžné pojistné v první den pojistného období.

Splatnost prvního běžného pojistného

01.02.2022

Další běžné pojistné je splatné vždy k prvnímu dni pojistného období – vždy v následujících měsících. Výše běžného pojistného se může během trvání pojistné smlouvy změnit v souladu s dohodnutými změnami.

Indexace pojištění není sjednána.

Platba běžného pojistného přes QR kód

Přes mobilní telefon

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

Na terminálech SAZKA

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



Dohodnuté změny ve výši/rozložení celkového měsíčního pojistného

Období (od – do)

Celkové měsíční pojistné po slevě

01.02.2022 - 31.12.2056

01.01.2057 - 31.01.2057

Dohodnuté změny ve výši/rozložení celkového běžného pojistného jsou platné pouze za předpokladu, že v průběhu pojištění nedojde ke změně parametrů pojištění (např. indexace pojištění, snížení/zvýšení pojistné částky apod.).

Preference v případě vystavení dodatku

V případě, kdy by z důvodu zvýšeného zdravotního rizika bylo nutné pojistnou smlouvu upravit, preferuji, aby pojistitel (vyberte jednu z variant):

☒ zachoval výši pojistných částek uvedených v pojistné smlouvě
(= zvýšení pojistného)

☐ zachoval výši pojistného uvedeného v pojistné smlouvě
(= snížení výše pojistných částek)

Obmyšlené osoby pro pojištěné

Obmyšlenou osobou se rozumí osoba oprávněná k převzetí pojistného plnění v případě smrti pojištěného.

Pojištěný č. 1

titul, jméno, příjmení, titul za jménem

datum narození

Obmyšlené osoby k pojištěnému č. 1

titul, jméno, příjmení, titul za jménem

datum narození

podíl v %

100

ulice, číslo popisné

obec - část obce

PSČ

stát

149 00

CZ

Údaje k dalšímu pojištění

Nikdo z pojištěných nemá sjednáno ani neuvažuje o uzavření životního nebo úrazového pojištění u jiné společnosti.

Zvláštní ujednání

Další ujednání

Dokumentace k pojistné smlouvě

Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou následující dokumenty:

- Všeobecné pojistné podmínky pro soukromé pojištění osob (VPP-BM20-0002)
- Zvláštní pojistné podmínky pro rizikové životní pojištění (ZPP-ŽPR-BM20-0002)
- Tabulky životního pojištění (Tabulky ŽP TŽP-BM20-0002)
- Sazebník administrativních poplatků
- Zdravotní dotazník

Jako pojistník/pojištěný prohlašuji, že jsem se s obsahem uvedených dokumentů, tvořících součást pojistné smlouvy, řádně seznámil a jsem srozuměn s tím, že se smluvní vztah řídí rovněž těmito dokumenty, z nichž pro strany vyplývají práva a povinnosti (dokumenty mají stejnou právní závaznost, jako je závaznost pojistné smlouvy). Dále prohlašuji, že předmětné dokumenty mi byly poskytnuty v dostatečném předstihu před uzavřením pojistné smlouvy.

Předsmuvní dokumenty:

- Informace pro klienta
- Přehled parametrů rizikového životního pojištění
- Stručná informace o zpracování osobních údajů

Jako pojistník/pojištěný prohlašuji, že jsem se s obsahem všech těchto dokumentů řádně seznámil a jsem srozuměn s tím, že poskytují důležité informace o povaze uzavíraného pojištění a řadu upozornění na významná ustanovení pojistných podmínek. Dále prohlašuji, že předmětné dokumenty mi byly poskytnuty v dostatečném předstihu před uzavřením pojistné smlouvy.

Prohlášení pojistníka/pojištěného

Potvrzuji, že mi byly před uzavřením pojistné smlouvy poskytnuty informace podle zákona č. 170/2018 Sb., o distribuci pojištění a zajištění, a že jsem jim porozuměl.

Jako pojistník se podpisem pojistné smlouvy zavazuji:

- seznámit pojištěné, obmyšlené osoby nebo jejich zákonné zástupce s obsahem pojistné smlouvy;
- informovat bezodkladně pojistitele v případě změn vztahujících se k naplnění pojmu politicky exponovaná osoba a opatřením proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu dle zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, v platném znění.

Prohlášení pojistníka/pojištěného

Jako pojistník podpisem pojistné smlouvy potvrzuji, že:

- jsem byl seznámen a porozuměl jsem definici **politicky exponované osoby** ve smyslu § 4 odst. 5 písm. a), b) zákona č. 253/2008 Sb., která je také uvedena na internetových stránkách pojistitele, a že **politicky exponovanou osobou**;
- jsem pojistiteli před podpisem pojistné smlouvy sdělil všechny své pojistné potřeby a požadavky, tyto byly pojistitelem zaznamenány a žádné další nemám;
- pojištění odpovídá mým pojistným požadavkům a mému pojistnému zájmu a zároveň prohlašuji, že mi byly pojistitelem úplně zodpovězeny všechny mé dotazy k sjednávajícímu pojištění;
- jsou všechny mé zde uvedené odpovědi na písemné dotazy pojistitele pravdivé a úplné, současně potvrzuji, že v případě, kdy jsem odpověď nenapsal vlastnoručně, ověřil jsem jejich správnost a tyto odpovědi jsou pravdivé a úplné;
- souhlasím s tím, aby pojistitel ověřoval, zda nárok na invalidní důchod, příp. invaliditu příslušného stupně, trvá a aby pojistitel pro účely pojištění pro případ péče o zdravotně postižené dítě požadoval doložení trvání nároku na příspěvek na péči pro příslušný stupeň závislosti;
- jsem si vědom případných negativních následků vyplývajících z nenahlášení změn (např. při doručování korespondence);
- jsem byl seznámen, souhlasím a jsem si vědom následků spojených s čekací dobou pro doplňková životní pojištění, doplňková úrazová pojištění a doplňková nemocenská pojištění, kdy pojistitel neposkytuje plnění za pojistné události.

Jako pojistník/pojištěný se podpisem pojistné smlouvy zavazuji:

- bezodkladně oznámit změny mnou sdělených (včetně osobních) údajů a bezodkladně informovat pojistitele o změně svého povolání;
- předložit pojistiteli v případě úrazu a uplatnění nároku na pojistné plnění z doplňkového pojištění denního odškodného lékařem řádně vyplněný doklad o době léčení; a beru na vědomí, že pojistitel do doby jeho předložení nemůže ukončit šetření pojistné události;
- plnit povinnosti uvedené v pojistné smlouvě a v pojistných podmínkách a jsem si vědom, že v případě jejich porušení mě mohou postihnout nepříznivé následky (např. zánik pojištění, snížení nebo odmítnutí pojistného plnění).

Jako pojistník/pojištěný potvrzuji, že jsem byl seznámen a souhlasím s možností následujících změn pojistného vztahu:

- s právem pojistitele změnit Sazebník administrativních poplatků, který je nedílnou součástí smluvní dokumentace, a to v návaznosti na změnu právních předpisů, které mají rozhodující vliv na stanovení výše poplatků, na změny cen poskytovatelů přepravních a poštovních služeb a změny komunikačních prostředků.
Současně potvrzuji, že jsem byl seznámen a souhlasím s tím, že pojistitel oznamuje pojistníkovi změnu Sazebníku administrativních poplatků:
i. vždy k 1. 1. každého roku zveřejněním na internetových stránkách a obchodních místech pojistitele;
ii. písemně či jiným dohodnutým prostředkem komunikace v případě, že dochází ke změně Sazebníku administrativních poplatků v jiném než výše uvedeném termínu; přičemž pojistitel je povinen informovat pojistníka o této skutečnosti na internetových stránkách či obchodních místech pojistitele a je povinen mu umožnit seznámit se s příslušnou změnou Sazebníku administrativních poplatků.
Potvrzuji, že jsem srozuměn se skutečností, že účinnost změny Sazebníku administrativních poplatků nastává nejdříve dva měsíce po oznámení této změny s tím, že přesné datum účinnosti je uvedeno v oznámení o této změně.
Rovněž potvrzuji, že jsem byl seznámen s tím, že pokud nebude jako pojistník se změnou Sazebníku administrativních poplatků souhlasit, mohu pojištění, které je touto změnou dotčeno, vypovědět ve lhůtě jednoho měsíce ode dne oznámení změny Sazebníku administrativních poplatků. Pokud byla výpověď doručena méně než 6 týdnů před koncem pojistného období, pojištění zaniká ke konci dalšího pojistného období, přičemž až do zániku pojištění se uplatní původní Sazebník administrativních poplatků. Jsem srozuměn s tím, že pokud jako pojistník pojištění tímto způsobem nevypovím, platí, že jsem změnu přijal.
- s právem pojistitele změnit rozsahy a definice uvedené v Tabulkách ŽP TŽP-BM20-0002 (dále jen „Tabulky ŽP“), které jsou nedílnou součástí smluvní dokumentace, a to především v případech a za podmínek stanovených zejména v čl. 35, odst. 1 a v čl. 40, odst. 1 ZPP-ŽPR-BM20-0002 k výročnímu dni pojištění.
Současně potvrzuji, že jsem byl seznámen a souhlasím s tím, že pojistitel oznamuje pojistníkovi konkrétní změnu Tabulek ŽP písemnou formou nejpozději dva měsíce před účinností této změny. Potvrzuji, že jsem seznámen s tím, že v případě nesouhlasu s konkrétní změnou Tabulek ŽP musí být tento nesouhlas vyjádřen do jednoho měsíce od doručení oznámení o změně a konkrétní doplňkové pojištění, k němuž se změna Tabulek ŽP vztahuje, zaniká bez nároku na výplatu pojistného plnění k výročnímu dni pojištění.
- se všemi výlukami z pojistného plnění a způsoby ukončení smluvního vztahu založeného pojistnou smlouvou, upravenými v čl. 7 a 10 VPP-BM20-0002 a dále zejména v čl. 8 a 11 ZPP-ŽPR-BM20-0002.

Prohlášení pojistníka/pojištěného ke zpracování osobních údajů:

- Prohlašuji, že jsem byl informován o zpracování svých osobních údajů a o tom, že podrobnosti týkající se osobních údajů jsou dostupné na www.generaliceska.cz a dále na obchodních místech pojistitele. Zavazuji se, že v tomto rozsahu informuji i obmyšlené osoby. Dále se zavazuji, že pojistiteli bezodkladně oznámím případné změny osobních údajů.

Prohlášení pojistníka/pojištěného:

- pro účely pojišťovací činnosti a dalších činností, ke kterým je pojistitel v souladu s právními předpisy oprávněn**
Podpisem pojistné smlouvy výslovně souhlasím s tím, aby pojistitel ve smyslu ustanovení § 2828 zák. č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, zjišťoval údaje o mém zdravotním stavu a příčině smrti, tj. získával údaje o mém zdravotním stavu a přezkoumával můj zdravotní stav nebo příčinu smrti.
- pro účely zmocnění a zproštění mlčenlivosti**
Podpisem pojistné smlouvy:
i. za účelem zjišťování zdravotního stavu při sjednání nebo změně pojištění a pro případ šetření škodní události zprošťuji státní zastupitelství, policii a další orgány činné v trestním řízení, hasičský záchranný sbor, lékaře, zdravotnická zařízení, záchrannou službu a zdravotní pojišťovny povinnosti mlčenlivosti; zavazuji se informovat pojistitele o ošetřujících lékařích, zdravotnických zařízeních i zdravotní péči, která mi byla poskytnuta a dále se zavazuji poskytnout mu veškeré informace shromážděné ve zdravotnické dokumentaci vedené o mojí osobě a v jiných zápisech, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu, nebo jejich poskytnutí zajistím, dále souhlasím s tím, aby pojistitel v případě potřeby ověřoval, zda pobírám invalidní důchod;
ii. zmocňuji pojistitele, resp. jím pověřenou osobu, aby ve všech řízeních probíhajících v souvislosti se škodní událostí mohli nahlížet do soudních, policejních, případně jiných úředních spisů a zhotovovat z nich kopie či výpisy;
iii. zmocňuji pojistitele k nahlédnutí do podkladů jiných pojišťoven v souvislosti s šetřením škodních událostí a s výplatou pojistných plnění;
iv. souhlasím s tím, aby pojistitel sděloval osobám oprávněným k přijetí pojistného plnění (zejména obmyšleným osobám nebo dalším osobám v souvislosti s případnou vinkulací pojistného plnění nebo zřízením zástavního práva k pohledávkám z pojištění) informace týkající se pojištění sjednaného touto pojistnou smlouvou a v tomto rozsahu ho zprošťuji povinnosti mlčenlivosti;
v. v případě, že na pojistné přispívá zaměstnavatel, jako pojistník podpisem pojistné smlouvy souhlasím s tím, aby údaje o pojistné smlouvě a případných změnách pojistné smlouvy, vztahující se k uplatnění daňových výhod, byly poskytnuty zaměstnavateli.

Výše uvedené souhlasy a zmocnění uděluji i ve vztahu ke dříve sjednaným pojištěním a vztahují se i na dobu po smrti pojistníka nebo po zániku pojistníka, je-li právnickou osobou.

Podpisy (nutno podepsat všechna vyhotovení pojistné smlouvy)

datum uzavření pojistné smlouvy

31.01.2022



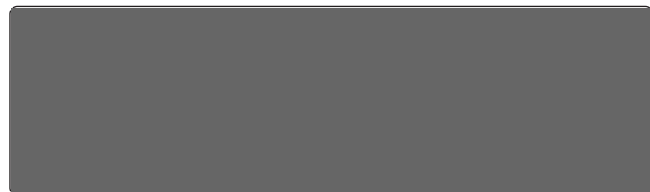
Zástupce pojistníka



NOBELIA, S.R.O.,



Podpis zástupce pojistitele



Pojištěný č. 1

