

Záznam z jednání

Zdravotní pojištění PATRON

Pojistitel: Pojišťovna VZP, a.s., Lazarská 1718/3, 110 00 PRAHA 1, IČO: 27116913
Zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 9100

Zástupce pojistitele: Eurovalley s.r.o. Příkop 838/6, 602 00 BRNO 2
Vřešťál Jiří číslo: 5105000006

Zákazník:

Název: Město Rychnov nad Kněžnou
IČ: 00275336 tel.:722948878

1. část Specifikace požadavků zákazníka

Zákazník si na základě svého pojistného zájmu, případně pojistného zájmu pojištěných osob, vybere vhodný rozsah pojištění.

Pojistná doba: od 1.10.2022 do 30.9.2029

Zákazník požaduje/nepožaduje sjednat:	Pojistná částka	Karenční doba
<input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Pojištění pro případ hospitalizace	200 Kč/den	-----
<input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Pojištění pro případ pracovní neschopnosti	500 Kč/den	28 dní

Dotazník v případě sjednání pojištění pracovní neschopnosti	
1) Máte pravidelný zdanitelný příjem v ČR? (např.: zaměstnanec, OSVČ)	<input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
2) Jste částečně či plně práce neschopen?	<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE
3) Byl jste v posledním roce práce neschopný nebo hospitalizován?	<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE
4) Máte u Pojišťovny VZP, a.s., uzavřenou platnou pojistnou smlouvu tohoto produktu?	<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE
5) Jste lékař?	<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE

2. část Specifikace potřeb zákazníka

Cíle a potřeby zákazníka, doporučení a důvody, na kterých zakládá své doporučení včetně dopadů sjednání na zákazníka (např. upozornění na rozpory mezi požadavky pojistníka a možnostmi pojištění; překvapivá ustanovení - např. čekací doba; karenční doba; výstupní věk 65 let).

3. část: Pojistný zájem a prohlášení zákazníka

Pojistný zájem je oprávněná potřeba ochrany před následky pojistné události. Pojistník má pojistný zájem na vlastním životě, zdraví a majetku. Osvědčí-li to, má pojistný zájem i k jiné osobě.

Prohlášení zákazníka:

Svým podpisem osvědčuji, že mám pojistný zájem na životě a zdraví pojišťovaných osob.

Stvrzuji:

- že veškeré uvedené požadavky jsou pravdivé a přesné a byly pojišťovacím zprostředkovatelem zaznamenány jasně, přesně, úplně a srozumitelně a informace mi byly poskytnuty také jasně, srozumitelně a přesně, byl mi dostatečně vysvětlen i význam pojistných podmínek,
- že jsem převzal originál tohoto dokumentu.

13.9.2022

Podpis zástupce pojistitele.....

Podpis zákazníka.....