

Generali Česká pojišťovna a.s., Spálená 75/16, Nové Město, 110 00 Praha 1, Česká republika, IČO 452 72 956, DIČ CZ699001273, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1464 a je členem Skupiny Generali, zapsané v italském registru pojišťovacích skupin, vedeném IVASS, pod číslem 026 (dále jen „Pojistitel“).

Pojistník

název

Město Kostelec nad Orlicí

IČO

00274968

Pojištěný

jméno a příjmení, titul (u cizinců pohlaví a státní příslušnost)

Dominik Kaplan

rodné číslo (u cizinců datum narození, pokud není přiděleno RČ)

e-mail

adresa bydliště v ČR

Určení obmyšlené osoby, která má právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného

jméno a příjmení (u cizinců pohlaví a státní příslušnost)	datum narození	podíl v % (celá čísla, součet 100 %)
		50
		50

Nebude-li obmyšlená osoba určena, nabývají právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného osoby určené podle ustanovení § 2831 občanského zákoníku.

Rozsah pojištění

Pojištění pro případ smrti

Pojištění pro případ smrti následkem úrazu

Pojištění trvalých následků úrazu s osminásobným progresivním plněním

Pojištění denního plnění za dobu nezbytného léčení úrazu delší než 7 dnů (DNL-8) s progresí

Mám zájem a souhlasím, aby mne Pojistník přihlásil do pojištění dle pojistné smlouvy č. 19200165 na Exkluzivní skupinové životní pojištění – úrazová varianta v rozsahu stanoveném Pojistníkem, a beru na vědomí, že své další pojistné potřeby a požadavky mohu řešit sjednáním individuálního pojištění.

Prohlášení pojištěného

- Potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a a souhlasím s tím, být vázán/a obsahem těchto dokumentů:
 - pojistná smlouva č. 19200165 na Exkluzivní skupinové životní pojištění – úrazová varianta uzavřená mezi Pojistitelem a zaměstnavatelem (Pojistníkem),
 - Všeobecné pojistné podmínky pro Exkluzivní skupinové životní pojištění – úrazová varianta 07/2020 (VPP-SŽPU),
 - Doplňkové pojistné podmínky pro Exkluzivní skupinové životní pojištění – úrazová varianta 07/2020 (DPP-SŽPU), jejichž součástí jsou Oceňovací tabulky 07/2020 (OT-SŽP). Beru na vědomí, že výše uvedené pojistné podmínky upravují rozsah pojištění, jeho omezení (včetně výluk), práva a povinnosti, následky jejich porušení a další podmínky pojištění, přičemž účastníci pojištění jsou jimi vázáni stejně jako pojistnou smlouvou.
- Potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a i s Informacemi o Exkluzivním skupinovém životním pojištění – úrazová varianta.
- Beru na vědomí, že mé osobní údaje (jméno a příjmení, rodné číslo nebo datum narození, pohlaví, státní příslušnost, adresa bydliště a e-mail) budou předány Pojistiteli ke zpracování v souvislosti s pojištěním. Stvrzuji, že jsem byl/a informován/a o zpracování mých osobních údajů, jak je uvedeno ve Stručné informaci o zpracování osobních údajů, a že podrobnosti týkající se osobních údajů jsou dostupné na www.generalicseka.cz a dále v obchodních místech Pojistitele. Zavazuji se, že Pojistiteli bezodkladně oznámím případné změny osobních údajů.
- Výslovně souhlasím s tím, aby Pojistitel ve smyslu § 2828 zák. č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, požadoval údaje o mém zdravotním stavu a zjišťoval můj zdravotní stavu nebo případně příčinu smrti.
- 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 pojistnou smlouvou a v tomto rozsahu ho zprostředkují povinnosti mlčenlivosti.
- Za účelem zjišťování zdravotního stavu při sjednání nebo změně pojištění a pro případ šetření škodní události zprostředkují 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.
- 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.
- Zmocňuji Pojistitele k nahlédnutí do podkladů jiných pojišťoven v souvislosti s šetřením škodních událostí a s výplatou pojistných plnění.

Datum

26.10.2023

Podpis pojištěného



Příhláška do pojištění k pojistné smlouvě č. 19200165 na Exkluzivní skupinové životní pojištění – úrazová varianta

Generali Česká pojišťovna a.s., Spálená 75/16, Nové Město, 110 00 Praha 1, Česká republika, IČO 452 72 956, DIČ CZ699001273, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1464 a je členem Skupiny Generali, zapsané v italském registru pojišťovacích skupin, vedeném IVASS, pod číslem 026 (dále jen „Pojistitel“).

Pojistník

název

Město Kostelec nad Orlicí

IČO

00274968

Pojištěný

jméno a příjmení, titul (u cizinců pohlaví a státní příslušnost)

Tomáš Kytlík, RNDr.

rodné číslo (u cizinců datum narození, pokud není přiděleno RČ)

e-mail

adresa bydliště v ČR

Určení obmyšlené osoby, která má právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného

jméno a příjmení (u cizinců pohlaví a státní příslušnost)

datum narození

podíl v % (celá čísla, součet 100 %)

100

Nebude-li obmyšlená osoba určena, nabývají právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného osoby určené podle ustanovení § 2831 občanského zákoníku.

Rozsah pojištění

Pojištění pro případ smrti

Pojištění pro případ smrti následkem úrazu

Pojištění trvalých následků úrazu s osminásobným progresivním plněním

Pojištění denního plnění za dobu nezbytného léčení úrazu delší než 7 dnů (DNL-8) s progresí

Mám zájem a souhlasím, aby mne Pojistník přihlásil do pojištění dle pojistné smlouvy č. 19200165 na Exkluzivní skupinové životní pojištění – úrazová varianta v rozsahu stanoveném Pojistníkem, a beru na vědomí, že své další pojistné potřeby a požadavky mohu řešit sjednáním individuálního pojištění.

Prohlášení pojištěného

- Potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a a souhlasím s tím, být vázán/a obsahem těchto dokumentů:
 - pojistná smlouva č. 19200165 na Exkluzivní skupinové životní pojištění – úrazová varianta uzavřená mezi Pojistitelem a zaměstnavatelem (Pojistníkem),
 - Všeobecné pojistné podmínky pro Exkluzivní skupinové životní pojištění – úrazová varianta 07/2020 (VPP-SŽPU),
 - Doplnkové pojistné podmínky pro Exkluzivní skupinové životní pojištění – úrazová varianta 07/2020 (DPP-SŽPU), jejichž součástí jsou Oceňovací tabulky 07/2020 (OT-SŽP). Beru na vědomí, že výše uvedené pojistné podmínky upravují rozsah pojištění, jeho omezení (včetně výtuk), práva a povinnosti, následky jejich porušení a další podmínky pojištění, přičemž účastníci pojištění jsou jimi vázáni stejně jako pojistnou smlouvou.
- Potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a i s Informacemi o Exkluzivním skupinovém životním pojištění – úrazová varianta.
- Beru na vědomí, že mé osobní údaje (jméno a příjmení, rodné číslo nebo datum narození, pohlaví, státní příslušnost, adresa bydliště a e-mail) budou předány Pojistiteli ke zpracování v souvislosti s pojištěním. Stvrzuji, že jsem byl/a informován/a o zpracování svých osobních údajů, jak je uvedeno ve Stručné informaci o zpracování osobních údajů, a že podrobnosti týkající se osobních údajů jsou dostupné na www.generaliceska.cz a dále v obchodních místech Pojistitele. Zavazuji se, že Pojistiteli bezodkladně oznámím případně změny osobních údajů.
- Výslovně souhlasím s tím, aby Pojistitel ve smyslu § 2828 zák. č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, požadoval údaje o mém zdravotním stavu a zjišťoval můj zdravotní stavu nebo případně příčinu smrti.
- 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 pojistnou smlouvou a v tomto rozsahu ho zprostředkují povinnosti mlčenlivosti.
- Za účelem zjišťování zdravotního stavu při sjednání nebo změně pojištění a pro případ šetření škodní události zprostředkují státní zastupitelství, policie 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 moji 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.
- 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.
- Zmocňuji Pojistitele k nahlédnutí do podkladů jiných pojištění v souvislosti s šetřením škodních událostí a s výplatou pojistných plnění.

Datum

26.10.2023

Podpis pojištěného



Příhláška do pojištění k pojistné smlouvě č. 19200165 na Exkluzivní skupinové životní pojištění – úrazová varianta

Generali Česká pojišťovna a.s., Spálená 75/16, Nové Město, 110 00 Praha 1, Česká republika, IČO 452 72 956, DIČ CZ699001273, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1464 a je členem Skupiny Generali, zapsané v italském registru pojišťovacích skupin, vedeném IVASS, pod číslem 026 (dále jen „Pojistitel“).

Pojistník

název

Město Kostelec nad Orlicí

IČO

00274968

Pojištěný

jméno a příjmení, titul (u cizinců pohlaví a státní příslušnost)

Tomáš Sehnoutka

rodné číslo (u cizinců datum narození, pokud není přiděleno RČ)

e-mail

adresa bydliště v ČR

Určení obmyšlené osoby, která má právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného

jméno a příjmení (u cizinců pohlaví a státní příslušnost)

datum narození

podíl v % (celá čísla, součet 100 %)

100

Nebude-li obmyšlená osoba určena, nabývají právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného osoby určené podle ustanovení § 2831 občanského zákoníku.

Rozsah pojištění

Pojištění pro případ smrti

Pojištění pro případ smrti následkem úrazu

Pojištění trvalých následků úrazu s osminásobným progresivním plněním

Pojištění denního plnění za dobu nezbytného léčení úrazu delší než 7 dnů (DNL-8) s progresí

Mám zájem a souhlasím, aby mne Pojistník přihlásil do pojištění dle pojistné smlouvy č. 19200165 na Exkluzivní skupinové životní pojištění – úrazová varianta v rozsahu stanoveném Pojistníkem, a beru na vědomí, že své další pojistné potřeby a požadavky mohu řešit sjednáním individuálního pojištění.

Prohlášení pojištěného

- Potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a a souhlasím s tím, být vázán/a obsahem těchto dokumentů:
 - pojistná smlouva č. 19200165 na Exkluzivní skupinové životní pojištění – úrazová varianta uzavřená mezi Pojistitelem a zaměstnavatelem (Pojistníkem),
 - Všeobecné pojistné podmínky pro Exkluzivní skupinové životní pojištění – úrazová varianta 07/2020 (VPP-SŽPU),
 - Doplňkové pojistné podmínky pro Exkluzivní skupinové životní pojištění – úrazová varianta 07/2020 (DPP-SŽPU), jejichž součástí jsou Oceňovací tabulky 07/2020 (OT-SŽP). Beru na vědomí, že výše uvedené pojistné podmínky upravují rozsah pojištění, jeho omezení (včetně výluk), práva a povinnosti, následky jejich porušení a další podmínky pojištění, přičemž účastníci pojištění jsou jimi vázáni stejně jako pojistnou smlouvou.
- Potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a i s Informacemi o Exkluzivním skupinovém životním pojištění – úrazová varianta.
- Beru na vědomí, že mé osobní údaje (jméno a příjmení, rodné číslo nebo datum narození, pohlaví, státní příslušnost, adresa bydliště a e-mail) budou předány Pojistiteli ke zpracování v souvislosti s pojištěním. Stvrzuji, že jsem byl/a informován/a o zpracování mých osobních údajů, jak je uvedeno ve Stručné informaci o zpracování osobních údajů, a že podrobnosti týkající se osobních údajů jsou dostupné na www.generaliceska.cz a dále v obchodních místech Pojistitele. Zavazuji se, že Pojistiteli bezodkladně oznámím případné změny osobních údajů.
- Výslovně souhlasím s tím, aby Pojistitel ve smyslu § 2828 zák. č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, požadoval údaje o mém zdravotním stavu a zjišťoval můj zdravotní stav nebo případně příčinu smrti.
- 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 pojistnou smlouvou a v tomto rozsahu ho zprošťuji povinnosti mlčenlivosti.
- 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.
- 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.
- Zmocňuji Pojistitele k nahlédnutí do podkladů jiných pojišťoven v souvislosti s šetřením škodních události a s výplatou pojistných plnění.

Datum

2. 8. 2023

Podpis pojištěného



Příhláška do pojištění k pojistné smlouvě č. 19200165 na Exkluzivní skupinové životní pojištění – úrazová varianta

Generali Česká pojišťovna a.s., Spálená 75/16, Nové Město, 110 00 Praha 1, Česká republika, IČO 452 72 956, DIČ CZ699001273, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1464 a je členem Skupiny Generali, zapsané v italském registru pojišťovacích skupin, vedeném IVASS, pod číslem 026 (dále jen „Pojistitel“).

Pojistník

název

Město Kostelec nad Orlicí

IČO

00274968

Pojištěný

jméno a příjmení, titul (u cizinců pohlaví a státní příslušnost)

Jiří Dragoun, Ing.

rodné číslo (u cizinců datum narození, pokud není přiděleno RČ)

e-mail

adresa bydliště v ČR

Určení obmyšlené osoby, která má právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného

jméno a příjmení (u cizinců pohlaví a státní příslušnost)

datum narození

podíl v % (celá čísla, součet 100 %)

100

Nebude-li obmyšlená osoba určena, nabývají právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného osoby určené podle ustanovení § 2831 občanského zákoníku.

Rozsah pojištění

Pojištění pro případ smrti

Pojištění pro případ smrti následkem úrazu

Pojištění trvalých následků úrazu s osminásobným progresivním plněním

Pojištění denního plnění za dobu nezbytného léčení úrazu delší než 7 dnů (DNL-8) s progresí

Mám zájem a souhlasím, aby mne Pojistitel přihlásil do pojištění dle pojistné smlouvy č. 19200165 na Exkluzivní skupinové životní pojištění – úrazová varianta v rozsahu stanoveném Pojistníkem, a beru na vědomí, že své další pojistné potřeby a požadavky mohu řešit sjednáním individuálního pojištění.

Prohlášení pojištěného

- Potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a a souhlasím s tím, být vázán/a obsahem těchto dokumentů:
 - pojistná smlouva č. 19200165 na Exkluzivní skupinové životní pojištění – úrazová varianta uzavřená mezi Pojistitelem a zaměstnavatelem (Pojistníkem),
 - Všeobecné pojistné podmínky pro Exkluzivní skupinové životní pojištění – úrazová varianta 07/2020 (VPP-SŽPU),
 - Doplňkové pojistné podmínky pro Exkluzivní skupinové životní pojištění – úrazová varianta 07/2020 (DPP-SŽPU), jejichž součástí jsou Oceňovací tabulky 07/2020 (OT-SŽP). Beru na vědomí, že výše uvedené pojistné podmínky upravují rozsah pojištění, jeho omezení (včetně vyluk), práva a povinnosti, následky jejich porušení a další podmínky pojištění, přičemž účastníci pojištění jsou jimi vázáni stejně jako pojistnou smlouvou.
- Potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a s Informacemi o Exkluzivním skupinovém životním pojištění – úrazová varianta.
- Beru na vědomí, že mé osobní údaje (jméno a příjmení, rodné číslo nebo datum narození, pohlaví, státní příslušnost, adresa bydliště a e-mail) budou předány Pojistiteli ke zpracování v souvislosti s pojištěním. Stvrzuji, že jsem byl/a informován/a o zpracování mých osobních údajů, jak je uvedeno ve Stručné informaci o zpracování osobních údajů, a že podrobnosti týkající se osobních údajů jsou dostupné na www.generaliceska.cz a dále v obchodních místech Pojistitele. Zavazuji se, že Pojistiteli bezodkladně oznámím případné změny osobních údajů.
- Výslovně souhlasím s tím, aby Pojistitel ve smyslu § 2828 zák. č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, požadoval údaje o mém zdravotním stavu a zjišťoval můj zdravotní stav nebo případně příčinu smrti.
- 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 pojistnou smlouvou a v tomto rozsahu ho zprošťuji povinnosti mlčenlivosti.
- 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.
- 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.
- Zmocňuji Pojistitele k nahlédnutí do podkladů jiných pojišťoven v souvislosti s šetřením škodních událostí a s výplatou pojistných plnění.

Datum

26.10.2023

Podpis pojištěného



Příhláška do pojištění k pojistné smlouvě č. 19200165 na Exkluzivní skupinové životní pojištění – úrazová varianta

Generali Česká pojišťovna a.s., Spálená 75/16, Nové Město, 110 00 Praha 1, Česká republika, IČO 452 72 956, DIČ CZ699001273, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1464 a je členem Skupiny Generali, zapsané v italském registru pojišťovacích skupin, vedeném IVASS, pod číslem 026 (dále jen „Pojistitel“).

Pojistník

název

Město Kostelec nad Orlicí

IČO

00274968

Pojištěný

jméno a příjmení, titul (u cizinců pohlaví a státní příslušnost)

rodné číslo (u cizinců datum narození, pokud není přiděleno RČ)

e-mail

adresa bydliště v ČR

Určení obmyšlené osoby, která má právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného

jméno a příjmení (u cizinců pohlaví a státní příslušnost)

datum narození

podíl v % (celá čísla, součet 100 %)

100

Nebude-li obmyšlená osoba určena, nabývají právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného osoby určené podle ustanovení § 2831 občanského zákoníku.

Rozsah pojištění

Pojištění pro případ smrti

Pojištění pro případ smrti následkem úrazu

Pojištění trvalých následků úrazu s osminásobným progresivním plněním

Pojištění denního plnění za dobu nezbytného léčení úrazu delší než 7 dnů (DNL-8) s progresí

Mám zájem a souhlasím, aby mne Pojistník přihlásil do pojištění dle pojistné smlouvy č. **19200165** na Exkluzivní skupinové životní pojištění – úrazová varianta v rozsahu stanoveném Pojistníkem, a beru na vědomí, že své další pojistné potřeby a požadavky mohu řešit sjednáním individuálního pojištění.

Prohlášení pojištěného

- Potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a a souhlasím s tím, být vázán/a obsahem těchto dokumentů:
 - pojistná smlouva č. 19200165 na Exkluzivní skupinové životní pojištění – úrazová varianta uzavřená mezi Pojistitelem a zaměstnavatelem (Pojistníkem),
 - Všeobecné pojistné podmínky pro Exkluzivní skupinové životní pojištění – úrazová varianta 07/2020 (VPP-SŽPU),
 - Doplňkové pojistné podmínky pro Exkluzivní skupinové životní pojištění – úrazová varianta 07/2020 (DPP-SŽPU), jejichž součástí jsou Oceňovací tabulky 07/2020 (OT-SZP). Beru na vědomí, že výše uvedené pojistné podmínky upravují rozsah pojištění, jeho omezení (včetně výluk), práva a povinnosti, následky jejich porušení a další podmínky pojištění, přičemž účastníci pojištění jsou jimi vázáni stejně jako pojistnou smlouvou.
- Potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a i s Informacemi o Exkluzivním skupinovém životním pojištění – úrazová varianta.
- Beru na vědomí, že mé osobní údaje (jméno a příjmení, rodné číslo nebo datum narození, pohlaví, státní příslušnost, adresa bydliště a e-mail) budou předány Pojistiteli ke zpracování v souvislosti s pojištěním. Stvrzuji, že jsem byl/a informován/a o zpracování mých osobních údajů, jak je uvedeno ve Stručné informaci o zpracování osobních údajů, a že podrobnosti týkající se osobních údajů jsou dostupné na www.generaliceska.cz a dále v obchodních místech Pojistitele. Zavazuji se, že Pojistiteli bezodkladně oznámím případné změny osobních údajů.
- Výslovně souhlasím s tím, aby Pojistitel ve smyslu § 2828 zák. č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, požadoval údaje o mém zdravotním stavu a zjišťoval můj zdravotní stav nebo případné příčiny smrti.
- 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 pojistnou smlouvou a v tomto rozsahu ho zprostředkují povinnosti mlčenlivosti.
- Za účelem zjišťování zdravotního stavu při sjednání nebo změně pojištění a pro případ šetření škodní události zprostředkují 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 Pojstitele 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.
- Zmocňuji Pojstitele, 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.
- Zmocňuji Pojstitele k nahlédnutí do podkladů jiných pojišťoven v souvislosti s šetřením škodních událostí a s výplatou pojistných plnění.

Datum

26.10.2023

Podpis pojištěného

