



Pojistná smlouva

č. 3110660813

Generali Česká pojišťovna a.s.,
Spálená 75/16, Nové Město, 110 00 Praha 1,
IČO 45272956

DIČ: CZ699001273

zapsaná v Obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze sp. zn. B 1464
bankovní spojení: Raiffeisen Bank a.s., č.ú. [REDACTED]
zastoupená Mgr. Stanislavem Němečkem, Generali Česká Distribuce a.s.
(dále jen „pojistitel“)

a

Město Přelouč
Československé armády 1665, 535 01 PŘELOUČ
IČO 00274101

zastoupená Martinem Šmídem, starostou města
(dále jen „pojistník“)

uzavírají

podle zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (dále jen „zákoník“) Pojistnou smlouvu
krátkodobého úrazového skupinového pojištění dospělých osob (podle sazby KÚD)

I. Pojištěné osoby

1. Na základě této pojistné smlouvy je pojištěno 13 osob uvedených příjmením v Seznamu pojištěných, který je nedílnou součástí této pojistné smlouvy, a to pro případ úrazu nastalého po dobu platnosti této pojistné smlouvy.
2. Pojištěnými osobami jsou strážníci Městské policie Přelouč s platným osvědčením o splnění stanovených odborných předpokladů.
3. Pojištění se vztahuje výhradně na pojistné události, ke kterým dojde při úrazech při výkonu pracovní činnosti pro pojistníka včetně cesty do zaměstnání a zpět. Cestou do zaměstnání a zpět se rozumí cesta z místa zaměstnavatelského bydliště (ubytování) do místa vstupu do objektu zaměstnavatele nebo na jiné místo určené k plnění pracovních úkolů a zpět.
4. Dojde-li v průběhu trvání pojištění k přírůstku nebo nahrazení osoby pojištěného jinou osobou je pojistník povinen tuto změnu pojistiteli písemně nahlásit na výše emailovou adresu [REDACTED]. Snížení počtu pojištěných osob v průběhu pojistného roku není možné.
5. Tato smlouva se uzavírá jako smlouva skupinového pojištění v souladu s ustanovení § 2827 občanského zákoníku.

II. Počátek a konec pojištění

1. Počátek pojištění..... 15. 01. 2024
2. Pojištění se sjednává na dobu určitou jednoho roku. Koncem pojištění se rozumí den, který se po uplynutí sjednané pojistné doby datem (dnem a měsícem) shoduje s datem ujednaným jako den počátku pojištění. Není-li takový den v měsíci, pak konec pojištění připadne na poslední den měsíce.
3. Počátek pro jednotlivé pojištěné, kteří budou do pojištění vstupovat v průběhu trvání pojistné smlouvy, je dán shodně s datem nahlášení změny na výše uvedenou emailovou adresu. Konec pojištění je shodný pro všechny pojištěné.
4. Uplynutím doby, na kterou bylo pojištění sjednáno, pojištění nezaniká, pokud pojistitel nebo pojistník nejméně 6 týdnů před datem konce pojištění nesdělí druhé straně, že na dalším trvání pojištění nemá zájem. Pokud pojištění nezanikne, prodlužuje se za stejných podmínek o stejnou dobu, na kterou bylo sjednáno. V takovém případě je pojistník povinen zaslat pojistiteli aktualizovaný Seznam pojištěných osob nejpozději do 20. kalendářního dne od počátku pojištění příslušného roku a uhradit odpovídající pojistné stanovené na základě tohoto Seznamu do 30 kalendářních dní od počátku příslušného roku.

III. Rozsah nároků

1. Utrpí-li pojištěný za trvání pojištění úraz, ve smyslu platných Všeobecných pojistných podmínek pro úrazové pojištění, vyplatí pojistitel plnění:
 - a) za smrt následkem úrazu..... 450 000,- Kč
 - b) za trvalé následky úrazu 900 000,- Kč
 - c) za dobu nezbytného léčení tělesného poškození úrazem ve dnech 400,- Kč
2. Plnění za dobu nezbytného léčení ve dnech (DNL-D)
 - a. Dojde-li k úrazu pojištěného a doba, která je podle poznatků vědy obvykle třeba ke zhojení nebo ustálení tělesného poškození způsobeného úrazem (dále jen „průměrná doba nezbytného léčení“), je delší než dva týdny, vyplatí pojistitel denní plnění za každý den doby nezbytného léčení, a to do maximálního rozsahu počtu dní, který odpovídá příslušnému tělesnému poškození, stanovenému v části pro denní plnění oceňovací tabulkou A.
 - b. Denní plnění vyplatí pojistitel načítaně v závislosti na délce doby nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem násobené příslušným přepočtovým koeficientem takto:

Délka nezbytného léčení	Přepočtový koeficient
od 1. dne do 28. dne (včetně)	0,5
od 29. dne do 120. dne (včetně)	1
od 121. dne do 240. dne (včetně)	1,5
od 241. dne do 365. dne (včetně)	2
 - c. Do doby nezbytného léčení se nezapočítává doba, ve které se pojištěný podroboval občasným zdravotním kontrolám, nebo rehabilitace, která byla zaměřena na zmírnění bolesti bez následné úpravy zdravotního stavu.
 - d. Bylo-li pojištěnému způsobeno jediným úrazem několik tělesných poškození, plní pojistitel denní plnění jen za dobu nezbytného léčení toho poškození, které je hodnoceno nejvyšším počtem dní v oceňovací tabulce A.
 - e. Pojistitel poskytuje denní plnění za dobu nezbytného léčení nejvýše za dobu jednoho roku.
 - f. Právo na plnění za dobu nezbytného léčení ve dnech má pojištěný.

IV. Pojistné

1. Pojistné za jednu pojištěnou osobu od 18 let činí (KÚD)..... 2 683 Kč
2. Celkové pojistné za 13 pojištěných osob činí 34 879 Kč.
3. Jednorázové pojistné je pojistník povinen uhradit do 10 dnů od uzavření této pojistné smlouvy na účet pojistitele vedený u Raiffeisenbanky, a.s., číslo účtu 246246/5500, VS = číslo pojistné smlouvy.

V. Oznamování pojistných událostí

Pojistné události se oznamují na adrese:

Generali Česká pojišťovna a.s.
P.O. BOX 305
659 05 Brno

VI. Závěrečná ustanovení

Prohlášení pojistníka

Pojistitel mě seznámil s tím, že smluvní vztah se řídí občanským zákoníkem zák. č. 89/2012 Sb., ostatními právními předpisy České republiky, uzavřenou pojistnou smlouvou a dále všeobecnými pojistnými podmínkami pro úrazové pojištění (dále VPP ÚP) a doplňkovými pojistnými podmínkami pro úrazové pojištění (dále DPP KÚD a DPP KÚM) včetně Oceňovacích tabulek.

Potvrzuji, že jsem převzal a před uzavřením smlouvy jsem byl seznámen se zněním **Předmluvních informací, Informačního dokumentu o pojistném produktu, VPP ÚP, DPP KÚD a DPP KÚM včetně Oceňovacích tabulek** platných pro sjednané druhy pojištění, které tvoří nedílnou součást pojistné smlouvy, jejich obsahu rozumím a s rozsahem a podmínkami pojištění souhlasím.

Potvrzuji, že jsem pojistiteli sdělil před podpisem pojistné smlouvy všechny své pojistné potřeby a požadavky, tyto byly pojistitelem zaznamenány, a žádné další nemám.

Prohlašuji, že nabízené pojištění odpovídá mým pojistným požadavkům a mému pojistnému zájmu. Zároveň prohlašuji, že mi byly pojistitelem úplně zodpovězeny všechny mé dotazy k sjednávanému pojištění.

Zavazuji se plnit povinnosti uvedené v pojistných podmínkách a jsem si vědom, že jejich porušení může pro mne mít negativní následky (např. zánik pojištění, snížení nebo odmítnutí pojistného plnění).

Prohlašuji, že pojištěný (v případě nezletilých osob jejich zákonný zástupce) dal k pojištění souhlas a zavazuji se v případě žádosti pojistitele ho prokázat.

Prohlašuji, že jsem se seznámil se zněním celého prohlášení, které je nedílnou součástí pojistné smlouvy, jeho obsahu plně rozumím a s jeho obsahem souhlasím.

Potvrzuji, že všechny údaje, které jsem sdělil pojistiteli (zejména ty, které jsou uvedené v pojistné smlouvě), jsou pravdivé a úplné. Pokud jsem údaje nenapsal vlastnoručně, stvrzuji, že jsem je ověřil a jsou pravdivé a úplné. Zavazuji se bez zbytečného odkladu oznámit všechny jejich případné změny (včetně změn osobních údajů) a jsem si vědom **případných negativních následků nenahlášení změn** (zejména při doručování korespondence).

Jsem si vědom své povinnosti pravdivě a úplně odpovědět na všechny dotazy pojistitele a uvést všechny informace, a to i ty, které se mi jeví jako nepodstatné.

Beru na vědomí, že při porušení těchto povinností má pojistitel právo od pojistné smlouvy odstoupit, snížit nebo odmítnout pojistné plnění.

Prohlášení pojistníka pro účely zpracování osobních údajů

Níže připojeným podpisem jako pojistník 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 v sekci Osobní údaje a dále na obchodních místech pojistitele. Dále se

podpisem zavazují pojistiteli bezodkladně oznámit případné změny mnou sdělených osobních údajů. Zavazují se, že v tomto rozsahu informují i pojištěné a obmyšlené osoby.

Prohlášení pojistníka pro účely pojišťovací činnosti, činností přímo vyplývajících z této činnosti, dalších souvisejících činností a pro účely zmocnění a zproštění mlčenlivosti

Uzavřením pojistné smlouvy jako pojistník

- a) pro případ šetření škodné události zprošťuji státní zastupitelství, policii a další orgány činné v trestním řízení, hasičský záchranný sbor, lékaře, zdravotnická zařízení, záchrannou službu a zdravotní pojišťovny a orgány správy sociálního zabezpečení povinnosti mlčenlivosti;
- b) zmocňuji pojistitele, resp. jím pověřenou osobu, aby ve všech řízeních probíhajících v souvislosti se škodnou událostí mohli nahlížet do soudních, policejních, případně jiných úředních spisů a zhotovovat z nich kopie či výpisy;
- c) zmocňuji pojistitele, resp. jím pověřenou osobu, k nahlédnutí do podkladů jiných pojišťoven v souvislosti s šetřením škodných událostí a s výplatou pojistných plnění;
- d) uděluji zmocnění a zproštění mlčenlivosti i ve vztahu k dříve sjednaným pojištěním a vztahují se i na dobu po mé smrti nebo po zániku pojistníka, je-li právnickou osobou.

Smluvní strany se dohodly, že pokud tato smlouva podléhá povinnosti uveřejnění podle zákona č. 340/2015 Sb., o zvláštních podmínkách účinnosti některých smluv, uveřejňování těchto smluv a o registru smluv (zákon o registru smluv), je tuto smlouvu (vč. všech jejích dodatků) povinen uveřejnit pojistník, a to ve lhůtě a způsobem stanoveným tímto zákonem. Pojistník je povinen bezodkladně informovat pojistitele o zaslání smlouvy správci registru smluv zprávou do datové schránky. Pojistník je povinen zajistit, aby byly ve zveřejňovaném znění smlouvy skryty veškeré informace, které se dle zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, ve znění pozdějších předpisů, nezveřejňují (především se jedná o osobní údaje a obchodní tajemství pojistitele, přičemž za obchodní tajemství pojistitel považuje zejména údaje o pojistných částkách a sjednaných pojistných rizicích. Nezakládá-li pojistník uveřejnění této smlouvy (vč. všech jejích dodatků) podle předchozího odstavce ani ve lhůtě 30 dní ode dne jejího uzavření, je oprávněn tuto smlouvu (vč. všech jejích dodatků) uveřejnit pojistitel. V takovém případě pojistník výslovně souhlasí s uveřejněním této smlouvy (vč. všech jejích dodatků) v registru smluv. Je-li pojistník osobou odlišnou od pojištěného, pojistník potvrzuje, že pojištěný dal výslovný souhlas s uveřejněním této smlouvy (vč. všech jejích dodatků) v registru smluv. Uveřejnění nepředstavuje porušení povinnosti mlčenlivosti pojistitele.

Přílohy:

1. Předmluvní informace
2. Informační dokument o pojistném produktu
3. VPP, DPP KÚD a DPP KÚM
4. Seznam pojištěných
5. Stručná informace o zpracování osobních údajů
6. Oceňovací tabulky (A a B)
7. Informace o zprostředkovateli
8. Prohlášení pojištěného k Pojistné smlouvě Krátkodobého úrazového pojištění dospělých osob (podle sazby KÚD)

Sepsáno, odsouhlaseno a podepsáno oběma stranami

Datum 10.01.2024



.....
pojistník

p. Martin Šmíd, starosta města



.....
pojistitel

Mgr. Stanislav Němeček, ZČ 905024877

**Jmenný seznam pojištěných osob k pojistné smlouvě
krátkodobého úrazového pojištění dospělých osob podle sazby
(KÚD) a mládeže podle sazby (KÚM)**

PS 3110660813

Číslo	Příjmení	Vstupní věk
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		



UKONČENÍ NEŽIVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

Číslo pojistné smlouvy 2 0 0 0 0 4 4 7 1



POJISTNÍK / ZÁSTUPCE POJISTNÍKA

Pojistitel: Generali Česká pojišťovna a.s., Spálená 75/16, Nové Město, 110 00 Praha 1, IČO: 452 72 956, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, spisová značka B 1464

Pojistník / Zástupce pojistníka – osoba odlišná od pojistníka, oprávněná jednat za pojistníka na základě přiloženého dokladu (piná moc apod.)

Příjmení /
Název právnické osoby M ě s t o P ř e l o u ě Titul

Jméno Rodné číslo / IČO 0 0 2 7 4 1 0 1

Adresa bydliště / sídla

Ulice (místo) Č e s k o s l o v e n s k é a r m á d y Č.p./č. or. 1 6 6 5

Obec (pošta) P ř e l o u ě PSČ 5 3 5 0 1

Telefon 1. Telefon 2.

E-mail

Pojistník uděluje pojistiteli souhlas s tím, aby byl v záležitostech pojistného vztahu kontaktován elektronickou formou.

ZPŮSOB UKONČENÍ

Vypíšte blok A nebo blok B (je-li vyplněn blok A, již nevyplňujte blok B – DŮVODY ZÁNIKU)

A Ukončení pojištění ze subjektivních důvodů:

- 1. Vypovídám pojištění: ke konci pojistného období do dvou měsíců od uzavření po pojistné události
- 2. Ukončuji pojistnou smlouvu pro nesouhlas se změnou pojistného 3. Odstoupení od smlouvy uzavřené mimo obchodní prostory (do 14 dnů od uzavření)
- 4. Navrhuji ukončení dohodou ke dni 1 5 0 1 2 0 2 4 Dohoda o ukončení pojištění vyžaduje schválení pojistitele.

Upřesnění důvodů k dohodě

Žádost o dohodu při ukončení smlouvy z důvodu aktualizace a navýšení pojistných částek. Nová sml. č. 3110660813.

Ukončuji/vypovídám pouze tato pojištění. Není-li vyplněno, týká se žádost všech pojištění sjednaných v pojistné smlouvě.

DŮVODY ZÁNIKU

B Oznámení o zániku z objektivních důvodů:

- změny v osobě vlastníka vyřazení vozidla z evidence úmrtí odcizení vozidla
- přepracování dohody na pojistnou smlouvu číslo: přestěhování (pouze pro pojištění domácnosti)
- zániku pojistného rizika (ukončení prac. činnosti,...)

Ukončuji pouze tato pojištění. Není-li vyplněno, týká se žádost všech pojištění sjednaných v pojistné smlouvě.

VRÁCENÍ PŘEPLATKU

Případný přeplatek pojistného zašlete:

Na pojistnou smlouvu číslo: 3 1 1 0 6 6 0 8 1 3

Na účet: Předčíslí a číslo účtu Kód banky Název banky

Na adresu: Jméno a příjmení / Název právnické osoby

Ulice (místo) Č.p./č. or.

Obec (pošta) PSČ

V případě zaslání přeplatku na adresu dojde ke snížení zasláné částky o náklady spojené s výplatou přeplatku, které jsou uvedeny v Sazebníku poplatků. V případě, že k datu zániku pojištění bude na pojistné smlouvě evidován dluh, souhlasím s jeho úhradou dle pokynů pojistitele.

PŘÍLOHY

Přílohy:

Oprávněná osoba: p. Martin Šmíd, starosta města

PROHLÁŠENÍ A PODPISY

Prohlášení zástupce pojistitele, který není správcem pojištění: Prohlašuji, že jsem pojistníka/zástupce pojistníka seznámil s tím, že může být v nejbližších dnech telefonicky kontaktován specialistou Generali České pojišťovny a.s., který doplní konkrétní informace o nárocích a dopadech spojených s ukončením pojištění.

Upozornění: Vystupuje-li za právnickou osobu zaměstnanec či zmocněnec, musí být u podpisu tyto náležitosti: vlastnoruční podpis, jméno a příjmení jednatel osoby a role, v níž jedná na základě dokumentu potvrzujícího oprávněnost k zastupování. Pojišťovanci zprostředkovatel / zaměstnanec Generali České pojišťovny a.s. musí být vždy identifikován ziskatelským číslem.

V Přelouči dne 1 0 0 1 2 0 2 4

Správce PS ANO NE Ziskatelské číslo 9 0 5 0 2 4 8 7 7

V případě, že se rozhodnete pojištění ponechat v platnosti, můžete pro odvolání tohoto pokynu k ukončení 17 hodin, a to nejpozději do dne ukončení pojištění.

Podpis pojistníka Jméno, příjmení



99.3.00.010 01.2020 v01

TC43009000018_TG930109000016

