

POJIŠTĚNÍ PATRON
POJISTNÁ SMLOUVA pro skupinové pojištění
č. 1400015012

se řídí pojistnými podmínkami Pojišťovny VZP, a.s.: **PAT 1/21**
Pojistná smlouva je uzavřena přijetím nabídky pojistitele na pojištění **podpisem** obou smluvních stran.
Pojistné nebezpečí, pojistná událost a oprávněná osoba jsou pro sjednaná pojištění určeny v pojistných podmínkách.

POJISTITEL: **Pojišťovna VZP, a.s.**
Lazarská 1718/3, 110 00 PRAHA 1, Česká republika, IČ: 27116913
e-mail: info@pvzp.cz
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

POJISTNÍK: Město Rychnov nad Kněžnou, Havlíčkova 136, 516 01 RYCHNOV NAD
KNĚŽNOU, tel: 722948878
IČ: 00275336

POJIŠTĚNÝ: Seznam pojištěných osob - viz příloha Datum narození: viz příloha

identifikace: viz příloha Pohlaví: viz příloha

SJEDNANÁ POJIŠTĚNÍ: **HRANICE PLNĚNÍ:** **KARENČNÍ DOBA:**
(pojistná částka nebo limit plnění)

Pojištění pro případ hospitalizace viz příloha - - - -

Pojištění pro případ pracovní neschopnosti viz příloha viz příloha

POJISTNÁ DOBA:
- počátek: viz příloha
- konec: viz příloha

POJISTNÉ OBDOBÍ: Roční

BĚŽNÉ POJISTNÉ: **35 499 Kč** slovy: třicetpěttisícčtyřistadevadesátdevět korun č

Běžné pojistné je splatné prvního dne každého pojistného období. První pojistné období začíná od nejmenšího data počátku pojistné doby.
Je-li pojistná doba pojištěných osob odlišná, může být odlišná i výše pojistného za jednotlivá pojistná období.
Platby zasílejte převodem na účet číslo **187149322/0300**. Variabilním symbolem je číslo pojistné smlouvy.

DOTAZNÍK PRO POJIŠTĚNÉHO: je samostatnou přílohou pojistné smlouvy pro pojistitele

Prohlášení pojistníka:
Přijetím nabídky na pojištění potvrzuji, že jsem se jako zájemce o pojištění před uzavřením pojistné smlouvy (dále jen „smlouva“) seznámil s informacemi pojistitele. Dále potvrzuji, že jsem se před uzavřením smlouvy podrobně seznámil s jejím obsahem včetně **pojistných podmínek** a všech dalších jejích součástí a že jsem všemu rozuměl. S obsahem smlouvy souhlasím a potvrzuji pravdivost a úplnost údajů ve smlouvě uvedených. Není-li osoba pojistníka a pojištěného totožná, prohlašuji, že jsem pojištěného podrobně seznámil s obsahem smlouvy včetně všech jejích součástí, že pojištěný všemu rozuměl a vyjádřil svůj souhlas s obsahem smlouvy a že pojištěného vždy seznámím i se všemi případnými změnami smlouvy a že k datu uzavření smlouvy nenastala u pojištěného žádná událost, která by mohla být důvodem vzniku pojistné události. Také prohlašuji, že pojištěný souhlasí, pro případ určení výše pojistného rizika, výše pojistného, resp. šetření pojistné události, s poskytnutím údajů o jeho zdravotním stavu a opravňuje všechny dotazované poskytovatele zdravotních služeb a zdravotní pojišťovny tyto informace, a to i po jeho smrti, pojistiteli nebo osobám zplnomocněným pojistitelem sdělovat.
Prohlašuji na svou čest, že mám pojistný zájem na zdraví a životě pojištěných osob a že výše uvedené souhlasy pojištěného jsem oprávněn činit na základě souhlasu pojištěného nebo jeho zákonného zástupce/opatrovníka.

UZAVŘENÍ POJISTNÉ SMLOUVY: 09.09.2024 08:43

Podpis zástupce pojistitele

Podpis zástupce pojistníka