

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 | IČO | |
| Město Říčany | 00240702 | |

| | | |
|--|----------------------|--|
| Pojištěný | | |
| jméno a příjmení, titul (u cizinců pohlaví a státní příslušnost) | | |
| <input type="text"/> | | |
| rodné číslo / datum narození | e-mail | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| adresa bydliště v ČR | | |
| <input type="text"/> | | |

| | | |
|--|----------------------|--------------------------------------|
| 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 %) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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. 19200215 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 | |
| <p>1. Potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a a souhlasím s tím, být vázán/a obsahem těchto dokumentů:</p> <ul style="list-style-type: none">• pojistná smlouva č. 19200215 na Exkluzivní skupinové životní pojištění – úrazová varianta uzavřená mezi Pojstitelem a zaměstnavatelem (Pojistníkem),• Všeobecné pojistné podmínky pro Exkluzivní skupinové životní pojištění – úrazová varianta 3/2024 (VPP-SŽPU),• Doplňkové pojistné podmínky pro Exkluzivní skupinové životní pojištění – úrazová varianta 03/2024 (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. | |
| <p>2. Potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a i s Informacemi o Exkluzivním skupinovém životním pojištění – úrazová varianta.</p> | |
| <p>3. 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 Pojstiteli 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 Pojstitele. Zavazuji se, že Pojstiteli bezodkladně oznámím případné změny osobních údajů.</p> | |
| <p>4. Výslovně souhlasím s tím, aby Pojstitel 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.</p> | |
| <p>5. Souhlasím s tím, aby Pojstitel 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.</p> | |
| <p>6. 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 Pojstitel v případě potřeby ověřoval, zda pobírám invalidní důchod.</p> | |
| <p>7. 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.</p> | |
| <p>8. Zmocňuji Pojstitele k nahlédnutí do podkladů jiných pojišťoven v souvislosti s šetřením škodních událostí a s výplatou pojistných plnění.</p> | |
| Datum | Podpis pojištěného |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

