

Pojištník je povinen pojištné platit měsíčně ☐ čtvrtletně ☐ pololetně ☐ ročně ☒

Celkové lhůtní pojištné bez slevy za frekvenci placení činí Kč

Sleva z celkového lhůtního pojištného za frekvenci placení činí Kč

Celkové lhůtní pojištné po slevě činí Kč

B. Platby pojištného

Běžné pojištné bude placeno: a) z účtu ☐ souhlasem k inkasu ☐ souhlasem k inkasu ze sporožir. účtu ☐ trvalým příkazem ☐

Předčísloví a číslo účtu Kód banky

b) přes SIPO ☐ Spojovací číslo SIPO c) složenkou ☒

Na pojištné za první pojištní období bylo zapláceno získateli pověřenému sjednáním pojištění:
blokovou potvrzenkou číslo

ve výši Kč

C. Obmyšlený Při smrti pojištěného následkem úrazu má právo na plnění (jméno a datum narození nebo vztah k pojištěnému – „manžel“, „manželka“, „dítě“, „rodiče“, „sourozenci“).

D. Dotazník

1. Provozujete jako aktivní účastník organizovaných soutěží nějaký sport?

ANO ☐ NE ☒

Pokud ano, uveďte jaký

6. Jste již pojištěn/a u České pojišťovny a.s. pojištnou smlouvou úrazového pojištění dospělých s počátkem 1. 1. 1994 a později?

ANO ☐ NE ☒

Pokud ano, uveďte čísla pojištných smluv

č. č.

Zaslání pojistky na agenturu

ANO ☐ NE ☒

E. Prohlášení

Jako pojištník (a zároveň pojištěný, je-li shodný s pojištníkem) a jako pojištěný (není-li shodný s pojištníkem) prohlašuji, že s předloženým návrhem pojištní smlouvy souhlasím a že všechny mé odpovědi na písemné dotazy pojištětele zde uvedené jsou pravdivé a úplné. Pokud jsem odpovědi nenapsal(a) vlastnoručně, stvrzuji, že jsem je ověřil(a) a že jsou pravdivé a úplné. Beru na vědomí, že v případě nepravdivých a neúplných odpovědí má pojištnitel právo vyvodit důsledky podle zákona o pojištní smlouvě (dále jen ZPS), zejména podle § 23 a § 24, tj. od pojištní smlouvy odstoupit nebo odmítnout plnění. **Zavazuji se, že bez zbytečného odkladu nahlásím pojištniteli změnu jakýchkoli údajů uvedených v pojištní smlouvě. Jako pojištěný jsem byl(a) seznámen(a) s obsahem pojištní smlouvy a souhlasím s tím, aby pojištnitel zjišťoval a přezkoumával můj zdravotní stav u lékařů, zdravotnických zařízení a zařízení poskytujících zdravotní péči (dále jen „lékaři“), u kterých jsem se dosud léčil(a), event. se budu léčit. Tento souhlas uděluji za účelem uzavření pojištní smlouvy, zejména pro stanovení výše pojištního rizika a výše pojištního, a dále pro šetření pojištních událostí, a to i v době po mé smrti. Zmocňuji lékaře k vyhotovení lékařských zpráv, výpisu ze zdravotnické dokumentace či k jejich zapůjčení a zároveň je zprostředkují povinnosti zachovávat mlčenlivost, pokud by byli pojištnitelem požádáni o informace týkající se mého zdravotního stavu. V souladu se shora uvedeným, tedy za účelem zjišťování a přezkoumávání mého zdravotního stavu, v souvislosti s uzavřením pojištní smlouvy a dále za účelem plnění z této pojištní smlouvy, souhlasím, aby pojištnitel zpracovával osobní údaje a výslovně také údaje o mém zdravotním stavu, v rozsahu, v jakém jsou mnou tyto údaje sděleny v pojištní smlouvě, a to po dobu platnosti pojištní smlouvy a dále do uplynutí příslušné promlčecí lhůty pro uplatnění nároků z pojištní smlouvy vyplývajících. Jako pojištník souhlasím s tím, aby pojištnitel ověřoval, že trvají podmínky pro poskytnutí slevy z pojištného za trvání pojištní smlouvy pojištěného majetku občanů nebo odpovědnosti občanů nebo majetku podnikatelů, sjednané osobou pojištníka s Českou pojišťovnou a.s. Jako pojištník prohlašuji, že mi byly před uzavřením pojištní smlouvy písemně oznámeny informace podle § 66 zákona o pojištní smlouvě. Jako pojištník potvrzuji, že mi byly zodpovězeny všechny mé písemné dotazy ohledně sjednávání pojištění. Pokud by se prokázalo, že dotazy byly zodpovězeny neúplně nebo nepravdivě, je mi známo, že ve smyslu § 23 odst. 2 ZPS mám právo od pojištní smlouvy odstoupit. Jako pojištník potvrzuji, že jsem byl(a) před uzavřením pojištní smlouvy seznámen(a) s informacemi ve smyslu § 21 zákona č. 38/2004 Sb., o pojišťovací zprostředkovateli a samostatných likvidátorech pojištních událostí a o změně živnostenského zákona, a to ve formě tiskopisu Informace pro klienta. Potvrzuji, že tiskopis Informace pro klienta jsem převzal(a). Jako pojištník (a zároveň pojištěný, je-li shodný s pojištníkem) a jako pojištěný (není-li shodný s pojištníkem) dávám souhlas k předávání a zpracování svých osobních údajů k vytvoření souboru informací o mé bonitě, důvěryhodnosti a platební morálce osobám, které náleží nebo budou náležet do stejného koncernu ve smyslu z. č. 513/1991 Sb., obč. zák., jako CP (dále „konc. spol.“), jejichž demonstrační výčet je uveden v Doplňkových pojištních podmínkách v bodě „Informace o pojištění“, za účelem vyhodnocení nabídky pro klienta a nabízení obchodu a služeb konc. spol. se sídlem v ČR. Pokud jsem klientem jiné konc. spol., než je CP, uděluji podpisem tohoto souhlasu souhlas ve stejném rozsahu a za stejných podmínek také těmto společnostem. Jako pojištník potvrzuji, že jsem při uzavření pojištní smlouvy převzal(a) Všeobecné pojištní podmínky pro úrazové pojištění schválené představenstvem České pojišťovny a.s. dne 14. 9. 2004 pod č. j. 4 a Doplňkové pojištní podmínky pro sjednané pojištění a byl(a) s nimi seznámen(a).**

Návrh jménem České pojišťovny a.s. jsem předložil a dne

Jsem převzal sdělení o jeho přijetí, čímž byla pojištní smlouva uzavřena.

Smlouva vznikla jako: nová ☒ přepracováním ☐ akce ☐ avízo PU ☐ z dožití ☐ č. PS/PU

agentura	kód (získatelské číslo obchodníka)	kategorie výskytu	%	identifikace

Číslo pojištní smlouvy 7719560016

Číslo související smlouvy 5650153211

Kód podobochodníka

00039447