

291 652 4149

GENERALI, Uh. Hradiště

GENERALI, Uh. Hradiště

R

ev.č. návrhu:  
9312 408093

30/10/11

05-01-2007

DOŠLO

28-12-2007



Generali Pojišťovna a.s.  
Bělehradská 132  
120 84 Praha 2  
Česká republika  
Infolinka 800 150 155  
(dále jen "pojistitel")

DOŠLO

**Pojistná smlouva o škodovém pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou při výkonu zaměstnání (dále jen „smlouva“)**

datum počátku pojištění	Pojistná doba:	<input type="checkbox"/> neurčitá	datum konce pojištění	<input checked="" type="checkbox"/> návrh pojistitele
<input type="text" value="1.1.2007"/>	<input checked="" type="checkbox"/> určitá		<input type="text" value="31.12.2011"/>	

Smlouva se uzavírá na dobu neurčitou nebo na dobu 3 nebo 5 let. Po uplynutí doby určité, na kterou je smlouva uzavřena, je smlouva automaticky prodloužena na další roční pojistné období, není-li nejpozději šest týdnů před koncem pojistného období některou ze smluvních stran vypovězena. Pojistné nebezpečí a pojistná událost jsou ve smyslu zákona vymezeny pojistnými podmínkami, jimiž se toto pojištění řídí.

**Pojistník**

titul	jméno	rodné číslo / IČ
<input type="text" value="--"/>	<input type="text" value="--"/>	<input type="text" value="00285455"/>
příjmení (příp. obchodní firma, název)		datum narození
<input type="text" value="Město Veselí nad Moravou"/>		<input type="text" value="--"/>
druh průkazu totožnosti	číslo	dobu platnosti
<input type="text" value="--"/>	<input type="text" value="15-01-2007"/>	<input type="text" value="--"/>
vydán kdy, kým	PMA došlo	Pohlaví
<input type="text" value="--"/>		<input type="text" value="--"/>

**Adresa trvalého pobytu / sídlo / místo podnikání u OSVČ**

ulice a č. popisné / č. orientační	PSČ
<input type="text" value="Masarykova 119"/>	<input type="text" value="698 13"/>
obec - část obce	
<input type="text" value="Veseli nad Moravou"/>	

**Kontaktní a bankovní spojení**

telefon	telefon	fax	e-mail
<input type="text" value="--"/>	<input type="text" value="--"/>	<input type="text" value="--"/>	<input type="text" value="--"/>
číslo účtu / kód banky	<input type="text" value="-- / --"/>		

**Korespondenční adresa (je-li toložná s výše uvedenou adresou, není nutné vyplňovat)**

titul	jméno		
<input type="text" value="--"/>	<input type="text" value="--"/>		
příjmení (příp. obchodní firma, název)			
<input type="text" value="--"/>			
ulice a č. popisné / č. orientační	PSČ		
<input type="text" value="-- --"/>	<input type="text" value="--"/>		
obec - část obce			
<input type="text" value="--"/>			
telefon	telefon	fax	e-mail
<input type="text" value="--"/>	<input type="text" value="--"/>	<input type="text" value="--"/>	<input type="text" value="--"/>

**Osoby oprávněné jednat za pojistníka (je-li pojistníkem právnická osoba)**

Osoby oprávněné jednat za pojistníka nebo zástupci na základě plné moci, která je přiložena a tvoří nedílnou součást pojistné smlouvy (nejedná se o zprostředkovatele).		
příjmení, jméno, titul	funkce	
<input type="text" value="--"/>	<input type="text" value="--"/>	
druh průkazu totožnosti	číslo	dobu platnosti
<input type="text" value="OP"/>	<input type="text" value="--"/>	<input type="text" value="--"/>
vydán kdy, kým	<input type="text" value="MĚU KYJOV"/>	
příjmení, jméno, titul	funkce	
<input type="text" value="--"/>	<input type="text" value="--"/>	
druh průkazu totožnosti	číslo	dobu platnosti
<input type="text" value="--"/>	<input type="text" value="--"/>	<input type="text" value="--"/>
vydán kdy, kým	<input type="text" value="--"/>	

**Pojištěný / oprávněná osoba (je-li totožný s pojistníkem, není nutné vyplňovat)**

jednotlivec (viz níže)

vybraní zaměstnanci (viz příloha)

všichni zaměstnanci

titul	jméno	rodné číslo
--	Zaměstnanci dle příloženého seznamu	--
příjmení	datum narození	
--	--	

**Adresa trvalého pobytu**

ulice a č. popisné / č. orientační

--

obec - část obce

--

PSČ

--

telefon

--

telefon

--

fax

--

e-mail

--

**Rozsah pojištění**

Limit pojistného plnění:  Kč

Rozsah pojistného krytí:  S) základní rozsah

M) základní rozsah + připojištění ztráty svěřených předmětů

připojištění DPP O 100 Řidiči

připojištění DPP O 101 Řidič pracovního stroje

Spoluúčast pojištěného na každé pojistné události

**Pojistné, přírázky, slevy**

rozsah pojistného krytí S/M

připojištění DPP O 100 Řidiči

připojištění DPP O 101 Řidič pracovního

počet pojištěných

přírázka za spoluúčast

množstevní sleva

Tato pojistná smlouva se sjednává na d

jiná sleva

obchodní

celkové roční pojistné  Kč

**Splatnost a způsob placení pojistného**

Pojištění se sjednává s ročním pojistným obdobím. Pojistné je stanoveno jako běžné. Je-li sjednáno hrazení pojistného ve splátkách, nemá tato dohoda vliv na pojistná období.

Splatnost pojistného:

ročně (celkové roční pojistné)

pololetně: přírázka 3 % (splátka = celkové roční pojistné x 0,5 x 1,03)

čtvrtletně: přírázka 5 % (splátka = celkové roční pojistné x 0,25 x 1,05)

= splátka pojistného

Pojistné je splatné k

1.

dni

1.

měsíce každého roku.

Pojistné bude hrazeno

poštovní poukázkou  bankovním převodem

spojovací číslo pro SIPO

číslo účtu pro inkaso z účtu / kód banky

SIPO

inkasem z účtu

**Pojistné podmínky, přílohy**

Smlouva se řídí následujícími pojistnými podmínkami:

VPP O 2005/01     ZPPZ 2006/02     DPP O 100     DPP O 101     příloha - seznam zaměstnanců     plná moc  
 oprávnění pojistníka k činnosti    --

**Zvláštní ujednání:** jsou pojištěni zaměstnanci pracující ve funkci uvedené v příloze v okamžiku vzniku pojistné události**Prohlášení pojistníka / pojištěného**

Potvrzuji, že jsem převzal/a a před uzavřením pojistné smlouvy jsem byl/a seznámen/a se zněním všeobecných pojistných podmínek, zvláštních pojistných podmínek, doplňkových pojistných podmínek a zvláštních ujednání platných pro sjednaný druh pojištění, a že jejich obsahu rozumím a s obsahem souhlasím.

Dále prohlašuji, že mi byly poskytnuty před uzavřením pojistné smlouvy přesným a jasným způsobem, písemně a v českém jazyce informace o pojistiteli a informace o pojistném vztahu ve smyslu § 66 a § 67 zákona č. 37/2004 Sb. o pojistné smlouvě. Prohlašuji, že uzavřená pojistná smlouva odpovídá mému pojistnému zájmu a mým pojistným potřebám, které jsem vyjádřil/a pojistiteli nebo jím pověřenému zástupci - pojišťovacímu zprostředkovateli před uzavřením pojistné smlouvy a s rozsahem a podmínkami pojištění jsem srozuměn.

Jsem si vědom/a své povinnosti pravdivě a úplně odpovědět na všechny dotazy pojistitele a uvést všechny informace 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.

V případě vzniku škodné události zprůstředkuji státní zastupitelství, policii a další orgány činné v trestním řízení, hasičský záchranný sbor a záchrannou službu povinnosti mlčenlivosti. Současně zmocňuji pojistitele, resp. jím pověřenou osobu, aby ve všech řízeních probíhajících v souvislosti s touto škodnou událostí mohla nahlížet do soudních, policejních, případně jiných úředních spisů uvedenou v předchozím odstavci.

Souhlasím s tím, aby mé adresní a identifikační údaje byly zpracovávány správcem Generali Pojišťovna a s., Bělehradská 132, 120 84 Praha 2, Česká republika a jejími smluvními zpracovateli splňující podmínky zákonem č. 101/2000 Sb. (zejména pojišťovacími zprostředkovateli) pro účely pojišťovací činnosti a dalších činností vymezených zákonem č. 363/1999 Sb. o pojišťovnictví a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností, plynoucích ze závazkového právního vztahu, a dále po dobu vyplývající z obecně závazných právních předpisů. Souhlasím s předáním a poskytováním svých osobních údajů subjektům mezinárodního koncernu Generali a jeho zajišťovacím partnerům v souladu s právními předpisy pro účely a dobu, uvedenou v předchozím odstavci.

Odvolením souhlasu se zpracováním osobních údajů pojistné smlouva zaniká, pojistitel dále neprovádí šetření škodných událostí a výplaty pojistných plnění. Pojistitel má v tomto případě právo na pojistné do konce pojistného období, v němž došlo k zániku pojištění. Je-li pojistné stanoveno jako jednorázové, pojistitel má v tomto případě právo na celé jednorázové pojistné.

Dále souhlasím s tím, abych byl v záležitostech pojistného vztahu nebo v záležitosti nabídky pojišťovacích a souvisejících finančních služeb a jiných obchodních sdělení pojistitele nebo nabídky služeb a jiných obchodních sdělení členů mezinárodního koncernu Generali a spolupracujících obchodních partnerů kontaktován na mnou uváděnou korespondenční adresu nebo kontaktní spojení.

Zprůstředkuji pojistitele mlčenlivosti o sjednaném pojištění a o případných škodných událostech ve vztahu k zajištění pro potřeby zajištění pojistitele. Souhlasím s tím, aby pojistitel pro potřeby identifikace účastníka obchodu podle zákona č. 61/1996 Sb. pořídil fotokopii dokladu totožnosti, na jehož základě byla provedena identifikace. Pojistník česně prohlašuje, že je oprávněn k poskytnutí tohoto souhlasu a k zprůstřednění pojistitele a výše uvedených subjektů mlčenlivosti pojištěnými.

Prohlašuji, že jsem byl/a ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb. informován/a o svých právech a o povinnostech správce, zejména o právu přístupu k osobním údajům, jakož i o dalších právech dle tohoto zákona.

Zavazuji se, že bez zbytečného odkladu nahlásím jakoukoliv změnu zpracovávaných osobních údajů.

**Platba prvního pojistného v hotovosti**

Při platbě v hotovosti vydá osoba oprávněná k inkasu pojistného platební doklad se znaky Generali. Způsob placení SIPO a inkasem z účtu nelze použít pro úhradu prvního pojistného.

první pojistné / záloha uhrazena v hotovosti    první pojistné / záloha uhrazena dne    výše    KČ    inkasní blok č.

**Pojišťovací zprostředkovatel**

příjmení, jméno, titul (název) osoby oprávněné pojistitelem sepsat návrh a provést identifikaci

\_\_\_\_\_

registrační číslo přidělené ministerstvem financí

\_\_\_\_\_

osobní číslo

---

podpis

\_\_\_\_\_

příp. otisk razítka

příjmení, jméno, titul (název) osoby oprávněné pojistitelem k podpisu smlouvy, inkasu pojistného a identifikaci

\_\_\_\_\_

registrační číslo přidělené ministerstvem financí

\_\_\_\_\_

agenturní číslo

\_\_\_\_\_

Osoba, která provedla identifikaci, prohlašuje, že podoba identifikované osoby je shodná s vyobrazením na průkazu totožnosti

**Podpis smluvních stran**

datum

18.12.2006

místo

Veselí nad Mor.

podpis osoby oprávněné pojistitelem k podpisu smlouvy

\_\_\_\_\_

podpis pojistníka (příp. otisk razítka)

\_\_\_\_\_

podpis pojištěného

Na příloze

podpis zákonného zástupce u nezletilého pojištěného

\_\_\_\_\_

x x x

jméno, příjmení a adresa zákonného zástupce u nezletilého pojištěného

\_\_\_\_\_

5