

Pojistná smlouva č. 1443202453  
Pojistná smlouva o skupinovém  
úrazovém pojištění  
2 Í 5 3 \*  
podle sazby 3 UX

\* i J ' " 2 0

#### A. POJISTITEL

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vlnna Insurance Group, sídlo: Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika IČO: 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, spisová zn. B 1897

#### B. POJISTNÍK

IČO: 61974757 Název firmy: Dopravní podnik Ostrava a.s.

jednající - funkce, titul, jméno, příjmení: předseda představenstva, Ing. Daniel Morys, MBA jednající

- funkce, titul, jméno, příjmení: místopřed. představenstva, Ing. Roman Sula, MBA

Adresa sídla firmy: Poděbradova 494/2, Moravská Ostrava, Ostrava, Telefon/mobilní telefon:

70171, ČR

E-mail:

Korespondenční adresa: shodná s adresou sídla

#### C. POJIŠTĚNÉ OSOBY

Specifikace pojištěných osob: zaměstnanci pojistníka

Celkový počet osob: 70 Celkový počet osob znamená evidenční počet osob (nejmenované osoby).

#### D. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ

Počátek pojištění: 1. 1. 2018 Konec pojištění: 31.12. 2299

Rozsah pojištění: pracovní činnost včetně dopravy na místo pracovní činnosti a zpět

Pojistné období: roční Hlášení změn v seznamu (počtu) pojištěných osob: průběžně

Úhrnné pojistné za 12 měsíců: 101 500 Kč Úhrnné pojistné za pojistné období: 101 500 Kč

#### RIZIKOVÁ SKUPINA 1

pracovní oddělení přepravní kontroly

Věk: dospělé osoby ve věku 18 let a více

DRUHY POJIŠTĚNÍ

Pojistná částka/ roční důchod

Časový rozsah výkonu činnosti: Plný rozsah	1321 smrt následkem úrazu	400 000 Kč
Počet osob: 70	1322 trvalé následky úrazu (4-násobná progresse)	800 000 Kč
Pojistné za 12 měsíců na jednu osobu: 1 450 Kč	1319 pracovní neschopnost následkem úrazu s karenční dobou 7 dnů	200 Kč
Pojistné za 12 měsíců celkem: 101 500 Kč		

Pojistné období: roční

Běžné pojistné za pojistné období: 101 500 Kč

QR kód k vyplnění platebního příkazu na platbu prvního pojistného:

Způsob platby: příkaz k úhradě

Číslo účtu pro zasílání běžného pojistného: 2226222/0800

Variabilní symbol: 1443202453

#### E. ÚDAJE O POJISTNÉM

#### F. DOKUMENTY K POJISTNÉ SMLouvĚ

SKL201501A

O-901/14 Všeobecné pojistné podmínky pro pojištěné osoby	O-923/14 Zvláštní pojistné podmínky pro úrazové pojištění	Oceňovací tabulky
---	--	-------------------

#### G. SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ

##### Nároky ze skupinového úrazového pojištění

Pojištění typu UX je pojištění skupiny osob pro případ úrazu při:

- > pracovní činnosti (tj. plnění pracovních úkolů podle pracovního zařazení),
- > pracovní činnosti včetně dopravy pojištěného na místo pracovní činnosti a zpět,
- > pracovní a mimopracovní činnosti,
- > mimopracovní činnosti

za běžné pojistné odstupňované do tří rizikových skupin podle vykonávané činnosti. Pojištěné osoby lze v každé rizikové skupině rozdělit do jedné až tří podskupin odstupňovaných podle druhů pojištění a výše pojistných částek v závislosti na vykonávané činnosti.

Ze skupinového úrazového pojištění se plní podle ujednání v pojistné smlouvě:

- > za smrt následkem úrazu,
- > za trvalé následky úrazu nebo trvalé následky úrazu s progresivním plněním (čtyřnásobná progresse) nebo trvalé následky úrazu s progresivním plněním (osminásobná progresse), bylo-li jedno z těchto rizik do pojištění zahrnuto,
- > za tělesné poškození způsobené úrazem s pojistným plněním ve formě procentního podílu z pojistné částky nebo za tělesné poškození způsobené úrazem s pojistným plněním ve formě denního odškodného nebo za pracovní neschopnost následkem úrazu, bylo-li jedno z těchto rizik do pojištění zahrnuto,
- > za pobyt v nemocnici následkem úrazu, bylo-li toto riziko do pojištění zahrnuto,
- > za plnou invaliditu následkem úrazu s výplatou konstantní pojistné částky nebo za plnou invaliditu následkem úrazu s výplatou důchodu, bylo-li jedno z těchto rizik do pojištění zahrnuto.

V případě smrti pojištěného následkem úrazu náleží pojistné plnění obmyšlenému ve smyslu ustanovení 5 2831 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.

## G. SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ - pokračování

### Pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu

Pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu nelze sjednat pro osoby ve věku do 17 let včetně ani pro osoby, kterým vznikl nárok na starobní důchod.

U plné invalidity následkem úrazu s výplatou důchodu se odchýlí od čl. 13 odst. 2 Zvláštních pojistných podmínek pro úrazové pojištění ujednává, že pojistitel bude částku ve výši jedné dvanáctiny důchodu vyplácet počínaje prvním dnem kalendářního měsíce následujícího po měsíci, ve kterém se pojištěný stane invalidním, do posledního dne kalendářního měsíce, ve kterém pojištěný přestane být invalidním, nebo do výročního dne počátku výplaty důchodu v roce, v němž se pojištěný dožije 65 let, podle toho, co nastane dříve.

### Placení pojistného

Odchýlí od čl. 7 odst. 4) Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob se ujednává, že pojistné za první pojistné období je splatné 5. dne tohoto období a pojistné za další pojistné období je splatné vždy 25. dne příslušného pojistného období.

### Změny činností a počtu pojištěných osob

Změny činností vykonávaných pojištěnými osobami, změny počtu nebo ve složení skupiny pojištěných osob, které nastaly průběžně (v případě průběžného hlášení změn), resp. nastaly během daného měsíce (v případě měsíčního hlášení změn), resp. nastaly během daného čtvrtletí (v případě čtvrtletního hlášení změn), oznamuje pojistník podle dohody průběžně, resp. měsíčně, resp. čtvrtletně, a to vždy do druhého dne (v případě průběžného hlášení změn), resp. 10 dnů od výročního dne počátku pojištění v příslušném měsíci (v případě měsíčního hlášení změn), resp. do 10 dnů od výročního dne počátku pojištění v příslušném čtvrtletí (v případě čtvrtletního hlášení změn). Změna je účinná dnem oznámení změny nebo pozdějším dnem dle požadavku pojistníka (v případě průběžného hlášení změn), resp. od výročního dne počátku pojištění v měsíci následujícím po měsíci, ve kterém změny nastaly (v případě měsíčního hlášení změn), resp. čtvrtletí následujícím po čtvrtletí, ve kterém změny nastaly (v případě čtvrtletního hlášení změn). To platí, pokud jsou dodrženy termíny oznámení změn uvedené v předchozím odstavci, jinak od následujícího dne po oznámení změny, resp. od výročního dne počátku pojištění v následujícím měsíci, resp. v následujícím čtvrtletí. Tyto změny se stávají číslovanou přílohou pojistné smlouvy. Po uplynutí každého pojistného období provede pojistitel vyúčtování pojistného podle počtu pojištěných osob a podle délky trvání pojištění. Pojistitel vypočte pojistné jako alikvótní část pojistného za pojistné období a zašle pojistníkovi vyúčtování pojistného. Na základě tohoto vyúčtování pojistník uhradí doplatek pojistného na výše uvedený účet pojistitele, a to do 10 dnů po doručení vyúčtování. Případný přeplatek pojistného poukáže pojistitel na účet pojistníka. Snížení nebo zvýšení celkového počtu pojištěných osob během trvání pojištění, které způsobí přechod do jiného intervalu počtu pojištěných osob (viz následující tabulka), má vliv na změnu výše pojistného pro jednu osobu.

### Intervaly počtu pojištěných osob

do 10 osob; 11 - 24 osob; 25 - 50 osob; 51 -100 osob; 101 - 200 osob; 201 - 400 osob; 401 - 800 osob; 801 -1000 osob; nad 1 000 osob Zvláštní

ujednání:

Smluvně se ujednává, že pojistník oznámí pojistiteli zvýšení, resp. snížení počtu pojištěných osob, pouze pokud se tento počet zvýší, resp. sníží o více než 10 %. Účinnost této změny mající vliv na pojistné pro výpočet alikvótní části pojistného nastane nejdříve 1. dne kalendářního měsíce následujícího po datu oznámení změny. Pojistník je povinen vést aktuální seznam pojištěných osob.

Způsob hlášení změn: elektronicky, na e-mailovou adresu lzatloukalova@koop.cz.

Smluvně se ujednává, že pojistné za každé pojistné období je splatné vždy do 31.1. kalendářního roku.

## H. ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

1. Návrh pojistitele na uzavření pojistné smlouvy (dále jen „nabídka“) musí být pojistníkem přijat ve Lhůtě stanovené pojistitelem, a není-li taková Lhůta stanovena, pak do jednoho měsíce ode dne doručení nabídky pojistníkovi. Odpověď s dodatkem nebo odchylkou od nabídky se nepovažuje za její přijetí, a to ani v případě, že se takovou odchylkou podstatně nemění podmínky nabídky.

2. Subjektem věcně příslušným k mimosoudnímu řešení spotřebitelských sporů z tohoto pojištění je Česká obchodní inspekce, Štěpánská 567/15, 120 00 Praha 2, www.coi.cz.

3. Pojistná smlouva je vyhotovena ve třech stejnopisech. Pojistník obdrží jeden stejnopis, pojistitel si ponechá dva stejnopisy.

4. 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 povinen uveřejnit pojistník, a to ve Lhůtě a způsobem stanoveným tímto zákonem. Pojistník je povinen při zaslání smlouvy správci registru smluv zajistit, aby byly ze zveřejňovaného znění smlouvy odstraněny veškeré informace, které se dle zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, nezveřejňují.

## I. PROHLÁŠENÍ POJISTNÍKA

1. Pojistník potvrzuje, že před uzavřením pojistné smlouvy převzal v Listinné nebo, s jeho souhlasem, v jiné textové podobě (na trvalém nosiči dat) informace pro zájemce o pojištění osob a seznámil se s nimi. Pojistník si je vědom, že se jedná o důležité informace, které mu napomohou porozumět podmínkám sjednávaného pojištění a které obsahují upozornění na důležité aspekty pojištění a na významná ustanovení pojistných podmínek.

2. Pojistník dále potvrzuje, že před uzavřením pojistné smlouvy převzal v Listinné nebo jiné textové podobě (např. na trvalém nosiči dat) dokumenty uvedené v části smlouvy označené jako „Dokumenty k pojistné smlouvě“ a seznámil se s nimi. Pojistník si je vědom, že tyto dokumenty tvoří nedílnou součást pojistné smlouvy a upravují rozsah pojištění, jeho omezení (včetně výluk), práva a povinnosti účastníků pojištění a následky jejich porušení a další podmínky pojištění a pojistník je jimi vázán stejně jako pojistnou smlouvou.

3. Pojistník souhlasí, že pokud o tom bude informován, má pojistitel právo v průběhu trvání pojištění měnit oceňovací tabulky. V takovém případě může pojistník do jednoho měsíce ode dne takového oznámení pojistiteli sdělit svůj nesouhlas s příslušnou změnou; pojištění v tomto případě zanikne ke konci pojistného období po doručení nesouhlasu pojistiteli.

4. Pojistník prohlašuje, že má pojistný zájem na pojištění pojištěného, pokud je osobou od něj odlišnou.

5. Pojistník potvrzuje, že adresa jeho trvalého pobytu / bydliště či sídla a kontakty elektronické komunikace uvedené v této pojistné smlouvě jsou aktuální, a souhlasí, aby tyto údaje byly v případě jejich rozporu s jinými údaji uvedenými v dříve uzavřených pojistných smlouvách, ve kterých je pojistníkem nebo pojištěným, využívány i pro účely takových pojistných smluv. S tímto postupem pojistník souhlasí i pro případ, kdy pojistiteli oznámí změnu adresy trvalého pobytu / bydliště či sídla nebo kontaktů elektronické komunikace v době trvání této pojistné smlouvy.

6. Pojistník souhlasí, aby pojistitel předával jeho osobní údaje členům pojišťovací skupiny Vienna Insurance Group a Finanční skupiny České spořitelny, a.s. (dále jen „spřízněné osoby“). Pojistník dále souhlasí, aby pojistitel i spřízněné osoby používali jeho osobní údaje, včetně kontaktů pro elektronickou komunikaci, za účelem zasílání svých obchodních a reklamních sdělení a nabídky služeb.

7. Pojistník se zavazuje informovat pojištěné osoby o sjednání pojištění, jeho případných změnách nebo zániku.

## I. PROHLÁŠENÍ POJISTNÍKA - pokračování

8. Pojistník bere na vědomí, že zařazování některých pracovních činností do rizikových skupin se změnilo a pojištěný tak může být zařazen do nižší, tj. výhodnější rizikové skupiny, pokud se týká výše pojistného, než která je pro příslušnou pracovní činnost uvedena v Příloze č.1 Zvláštních pojistných podmínek pro úrazové pojištění.

## J. UZAVŘENÍ POJISTNÉ SMLOUVY

Pojistná smlouva uzavřena dne: 27.12. 2017

Jméno, příjmení/ název zástupce pojistitele (získatele):

Zaměstnanec pojistitele

Získatelské číslo:

Osobní číslo spolupracovníka získatele:

Telefonní číslo:

E-mail:

Podpis pojistníka

Podpis zástupce pojistitele (získatele)

Zástupce pojistitele ověřil identifikační údaje a shodu podob identifikovaných osob podle předložených průkazů totožnosti

