



PROHLÁŠENÍ POJIŠTĚNÉHO – pojistný produkt HOME STANDARD STORNO A ODPOVĚDNOST

Identifikace pojištěného

Příjmení, jméno, titul:

Rodné číslo:

Kontaktní údaj:

Podpisem tohoto prohlášení beru na vědomí a souhlasím s cestovním pojištěním, které poskytuje Generali Pojišťovna a.s., IČO: 61859869, se sídlem Bělehradská 132, 120 84 Praha 2, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném u Městského soudu v Praze, spisová značka B 2866, společnost je členem Skupiny Generali, zapsané v italském registru pojišťovacích skupin, vedeném IVASS (dále jen „pojistitel“) na základě skupinové pojistné smlouvy o cestovním pojištění č. 3274700000 (dále jen „pojistná smlouva“) uzavřené mezi pojistitelem a PRAGOTOUR PLUS s.r.o. IČO: 01722395, se sídlem Jahodová 2707/117, 106 00 Praha 10 - Záběhlice, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném u Městského soudu v Praze, spisová značka C 210091 (dále jen „pojistník“) za níže uvedených podmínek:

Název pojištění	Rozsah pojištění	Pojistná částka (PČ)/limit pojistného plnění (LPP)	Územní rozsah pojištění
Úrazové pojištění	Trvalé následky úrazu	PČ	500 000 Kč
	Smrt následkem úrazu	PČ	500 000 Kč
Pojištění pro případ zrušení cesty	Storno cesty před jejím počátkem	LPP	80% nákladů, max. 10 000 Kč
Pojištění odpovědnosti za škodu	Odpovědnost za škodu na zdraví jiné osoby	LPP	1 000 000 Kč
	Odpovědnost za škodu na majetku jiné osoby	LPP	1 000 000 Kč
	Odpovědnost za škodu za ušlý zisk jiné osoby	LPP	50 000 Kč

Česká republika
dle čl. 17 VPP
CEP 2015/02

Vzájemná práva a povinnosti se řídí zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (dále jen „zákon“), příslušnými ustanoveními ostatních právních předpisů ČR, Informacemi pro klienta a Všeobecnými a zvláštními pojistnými podmínkami pro cestovní pojištění (dále jen „VPP a ZPP CEP 2015/02“). VPP a ZPP CEP 2015/02 a Informace pro klienta tvoří nedílnou součást této pojistné smlouvy.

Prohlašuji, že jsem převzal a před uzavřením pojistné smlouvy jsem byl seznámen s Informacemi pro klienta, které rovněž obsahuje poučení o ochraně osobních údajů, a s VPP a ZPP CEP 2015/02, jejich obsahu rozumím a s obsahem souhlasím. Svým podpisem stvrzuji, že jsem byl seznámen s pojistnou smlouvou, že tato odpovídá jeho zájmu a jeho pojistným potřebám, a dále prohlašuji, že s rozsahem a podmínkami pojištění souhlasím. Zavazuji se bez zbytečného odkladu oznámit všechny případné změny včetně změny osobních a jsem si vědom případných negativních následků nenahlášení změn (zejména při doručování korespondence).

Zavazuji se plnit povinnosti uvedené ve VPP a ZPP CEP 2015/02 a jsem si vědom, že v případě jejich porušení mne mohou postihnout nepříznivé následky (např. zánik pojištění, snížení nebo odmítnutí pojistného plnění). V případě vzniku škodné události zprůstředkují ošetřujícího lékaře, zdravotnická zařízení, zdravotní pojišťovny, úřady práce, živnostenské úřady, orgány správy sociálního zabezpečení, státní zastupitelství, policii a další orgány činné v trestním řízení, hasičský záchranný sbor, záchrannou službu (včetně horské služby) a další orgány veřejné správy a zaměstnavatele k poskytnutí informací a dokladů ze zdravotnické a jiné dokumentace povinnosti mlčenlivosti; dále zmocňuji pojistitele, aby si od lékařů a zdravotnických zařízení vyžádal nutné informace o mém zdravotním stavu bez obsahového omezení.

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 a zhotovovat z nich kopie či výpisy. Zmocňuji tímto pojistitele k nahlédnutí do podkladů jiných pojišťoven v souvislosti se šetřením škodných událostí a výplatou pojistného plnění. Výše uvedený souhlas a zmocnění se vztahuje i na dobu po mé smrti.

Stvrzuji, že jsem byl poučen o účelu, rozsahu a způsobu zpracování osobních údajů, a že jsem byl informován o právech a o povinnostech pojistitele i o svých právech a povinnostech. Souhlasím se zpracováním všech poskytnutých osobních údajů zejména pro účely pojišťovací činnosti a dalších činností vymezených zákonem o pojišťovnictví a za účelem zasílání obchodních sdělení. Výslovně 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 písemnou, elektronickou nebo i jinou formou. Zároveň sdělením kontaktního spojení dávám souhlas, aby mne pojistitel kontaktoval elektronickou formou i v záležitostech týkajících se i případně dříve sjednaných pojištění. Souhlasím s předáváním a poskytováním poskytnutých osobních údajů a údajů o pojistném vztahu subjektům mezinárodního koncernu Generali a jeho zajišťovacím partnerům v souladu s právními předpisy pro shora uvedené účely.

Smlouva o zájezdu a pojistná ochrana byla uzavřena pro více osob:

☐ ano

Jako zákazník cestovní kanceláře jsem uzavřel smlouvu o zájezdu pro více osob (např. rodinných příslušníků apod.) Prohlašuji, že jsem oprávněn výše uvedené prohlášení učinit i jménem těchto osob. Pro tento případ se zavazuji, že tyto osoby seznámím také s obsahem pojistné smlouvy, VPP a ZPP CEP 2015/02 a Informacemi pro klienta.

☐ ne

Datum:

Podpis pojištěného:

Podpis pojistníka: