KLIENT

JS/0022/2018/OŽP

UNIQA

UNIQA pojišťovna, a. s.
Zapsána u Městského soudu v Praze, oddíl B, č. vložky 2012.
Evropská 136, 160 12 Praha 6
IČ: 49240480
Tel.: +420 488 125 125

EDICE 2017

Návrh

Kolektivní úrazové pojištění

3559000950
Číslo nové pojistné smlouvy

Osobní údaje

Pojistník

Obchodní firma (resp. příjmení)	Jméno	Titul
Město Valašské Meziříčí		

Adresa v ČR: ulice, č.p., obec	PSČ
Náměstí 7, Valašské Meziříčí	75701

Telefon / Mobil	E-mail
	@

☐ žena ☐ muž ☒ firma

Datum narození (den, měsíc, rok)	Rodné číslo (resp. IČ)	Státní přísluš.
	00304387	

Pojistník zastoupen: [redacted]

Obsah a rozsah pojištění

	SKUPINA 1	SKUPINA 2
Počet pojištěných osob	56	
Pojištěná činnost, akce	školení + výcvik + soutěže + zásahy + cesta z/na zásahy + údržba	

Doba trvání pojištění

Počátek pojištění (den, měsíc, rok): 01022018 0.00 hod.
Konec pojištění (den, měsíc, rok): 01022019 0.00 hod.
Počet dnů: 365
Automatické prodloužení ☐ ano ☒ ne

	SKUPINA 1	SKUPINA 2
Tarif	27	
Riziková skupina	2	

SKUPINA 1 – Pojistné plnění pro:	Pojistná částka v Kč	SKUPINA 2 – Pojistné plnění pro:	Pojistná částka v Kč
Smrt úrazem	1.000.000	Smrt úrazem	
Trvalé následky úrazu	1.000.000	Trvalé následky úrazu	
S progresivním plněním PROG6	od ☒ 0,5% ☐ 10%	S progresivním plněním PROG6	od ☐ 0,5% ☐ 10%
Denní odškodné od 10. dne zpětně	500	Denní odškodné od 10. dne zpětně	
Nemocniční odškodné		Nemocniční odškodné	
Invalidita III. stupně - úraz		Invalidita III. stupně - úraz	
Připojištění horních končetin - úraz		Připojištění horních končetin - úraz	
Dávky při PN - úraz		Dávky při PN - úraz	
Karenční lhůta od	☐ 15. dne PN ☐ 29. dne PN	Karenční lhůta od	☐ 15. dne PN ☐ 29. dne PN

Celkové roční pojistné	65.128 Kč	Upravené pojistné	58.615 Kč
Výše jedné splátky	58.615 Kč	Splatné k	každého roku

Způsob placení pojistného

☒ ročně ☐ pololetně ☐ čtvrtletně ☐ měsíčně ☐ jednorázově

☐ inkasem z účtu: kód banky | předčíslí | číslo účtu
☐ SIPO: kód banky 9999 | spojovací číslo plátce
☐ trvalým příkazem ☒ příkazem k úhradě ☐ poštovní poukázkou

Zvláštní ujednání
odchylné nebo doplňující údaje: příloha I.

Pojištění je sjednáno jako jednoroční s automatickým prodloužením. Navrhovatel bere na vědomí, že pojistitel může upravit výši pojistného v důsledku elektronického zpracovaní dat až o 1%, aniž by to bylo považováno za protinávrh podle čl. 4, odst. 4.3. VPP UCZ/16. Kolektivní úrazové pojištění sjednané tímto návrhem se řídí §2827 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.
Pojistník je povinen informovat pojistitele o změnách v počtu pojištěných osob a zejména ke konci pojistného období pojistiteli zaslat potřebné informace pro vyúčtování pojistného.

Prohlášení pojistníka a pojištěného/ných

Prohlašuji, že mi byly poskytnuty v dostatečném předstihu před uzavřením pojistné smlouvy přesným, jasným a srozumitelným způsobem, písemně a v českém jazyce (případně i v jiném požadovaném jazyce) informace o pojistném vztahu včetně seznámení se s obsahem informačního listu, který jsem převzal/a, a včetně seznámení se s obsahem Všeobecných pojistných podmínek UCZ/15, UCZ/U/16, Doplňkových pojistných podmínek DPP/UK/17, UCZ/U/INV3/17, DPP/RPHK/16, UCZ/DPN/16, příslušných oceňovacích tabulek pro trvalé následky úrazu a pro denní odškodné, které jsem převzal/a, kromě uvedených tabulek, ve smyslu zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník a zákona č. 38/2004 Sb., o pojišťovacích zprostředkovatelích a samostatných likvidátorech pojistných událostí. Prohlašuji, že jsem měl/a dostatek času k prostudování tohoto návrhu a že tento návrh na uzavření pojištění odpovídá mému pojistnému zájmu a mým pojistným potřebám a požadavkům, všechny mé dotazy, které jsem položil/a pojistiteli nebo jím pověřenému zástupci, byly náležitě zodpovězeny, a s rozsahem a podmínkami pojištění jsem srozuměn/a. Zavazuji se, že bez zbytečného odkladu nahlásím jakoukoliv změnu zpracovávaných osobních a identifikačních údajů. Souhlasím s tím, aby UNIQA pojišťovna, a.s. a její zprostředkovatelé zpracovávali ve smyslu zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon), mé osobní a citlivé údaje v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací a zajišťovací činností podle ustanovení § 1 a §2 zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích z tohoto smluvního vztahu. Dále souhlasím s tím, aby mé osobní údaje byly poskytnuty i ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví, bankovnictví a při poskytování služeb v rámci koncernu UNIQA. Souhlasím s tím, aby mě UNIQA pojišťovna, a.s. a její zprostředkovatelé případně kontaktovali za účelem nabídky produktů a služeb, případně jiného marketingového sdělení z oblasti pojišťovnictví a bankovnictví a to také formou e-mailového sdělení nebo telefonického kontaktu. Výše uvedené souhlasy mohu kdykoliv odvolat písemnou formou prostřednictvím doporučeného dopisu. Jsem výslovně srozuměn/a s tím, že odvolání souhlasu může mít za následek zánik pojistné smlouvy. Prohlašuji, že jsem byl/a dostatečně a srozumitelně poučen/a o svých právech vyplývajících ze zákona a tento souhlas ke zpracování dávám po celou dobu trvání závazků plynoucích z tohoto pojištění a to i pro ta pojištění či připojištění, která budou sjednána dodatečně. Zmocňuji UNIQA pojišťovnu a.s. k nahlédnutí do úředních, lékařských či jiných podkladů a podkladů jiných pojišťoven v souvislosti s uzavřením pojištění a s vyřizováním pojistných událostí. Tímto zmocněním dotazované instituce zprošťuji povinnosti zachovávat mlčenlivost, a to i na dobu po mé smrti. Souhlasím, aby pojistitel přímo nebo prostřednictvím pověřeného zdravotnického zařízení nebo zdravotní pojišťovny podle potřeby zjišťoval můj zdravotní stav. Prohlašuji, že všechny lékaře a zdravotnická zařízení, kteří mne léčili nebo s nimiž jsem svůj stav konzultoval/a, zbavuji povinnosti zachovávat mlčenlivost vůči UNIQA pojišťovně a.s. Na základě tohoto prohlášení je zmocňuji k vyhotovení a vydání lékařských zpráv, výpisu ze zdravotní dokumentace.

Za pojistitele převzal
RESPECT, a.s. [redacted] [redacted]
Pojišťovací zprostředkovatel | Číslo | Číslo záznamu o potřebách klienta [redacted]
Hod. | Podpis [redacted] | E mail [redacted]

16.01.2018
Datum

Podpis pojistníka

Město Valašské Meziříčí 4

respect. Group
Přívozská 134/6, 702 00 Ostrava

☒ Požadovanou variantu zakřížkujte!

Kopie (pro pojistníka)

EU 5294/1/E/aktiv