



POJISTNÁ SMLOUVA POJIŠTĚNÍ PROFESNÍ ODPOVĚDNOSTI

č. návrhu 9317 486784



GLT93174867841

pojišťovna

Pojistitel:

Generali Pojišťovna a.s., Bělehradská 132, 120 84 Praha 2, Česká republika, IČO: 61859869, DIČ: CZ699001273, zapsána v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 2866, společnost je členem Skupiny Generali, zapsané v italském registru pojišťovacích skupin, vedeném ISVAPem, pod číslem 26,
zastoupena: [redacted] upisovatel OBM a [redacted] upisovatel OBM

a

Pojistník:

obchodní firma/název: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, v. v. i.
IČO : 00025950
DIČ : CZ00025950
sídllo/místo podnikání: Jeruzalémská 1283/9, 116 52 Praha

Identifikace osoby oprávněné jednat za pojištěníka: [redacted], datum narození [redacted]

uzavírají tuto pojistnou smlouvu o pojištění odpovědnosti.

Pojištěný je totožný s pojištěním.

Osobou oprávněnou dle této pojistné smlouvy je pojištěný.

POJISTNÁ SMLOUVA O POJIŠTĚNÍ PROFESNÍ ODPOVĚDNOSTI

Pojištění se řídí VPP O 2014/01, ZPP OP 2014/01 a níže uvedenými DPP OP.

Pojistné nebezpečí

Pojištění se vztahuje na povinnost pojištěného nahradit škodu nebo jinou újmu, pokud byla způsobena jinému konáním nebo opomenutím nebo protiprávním stavem v důsledku výkonu profesní činnosti, případně právního vztahu pojištěného, uvedené/ho v pojistné smlouvě, ke které/mu je pojištěný oprávněn na základě zvláštního oprávnění dle platných právních předpisů.

Pojistná událost

Pojistnou událostí je vznik povinnosti pojištěného nahradit škodu nebo jinou újmu, je-li zároveň spojen se vznikem povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění.

Pojištěný předmět činnosti:

vědecko-výzkumná činnost
další činnosti dle potřeb MPSV
prevence závažných havárií
certifikace, zkušebnictví, normalizační činnost
vzdělávání, výchova, osvěta a propagace BOZP

Interní údaj pojistitele: Kód: [redacted]

Dle oprávnění/osvědčení: [redacted]

Číslo oprávnění/osvědčení: [redacted]

Vydaného (kým): [redacted]

Dne: [redacted]

Údaj rozhodný pro výpočet pojistného: Předpokládaný roční obrat pojištěného z pojištěné činnosti ve výši [redacted]

SÉPARÁTOR UL



VL

Základní rozsah pojištění

Limit pojistného plnění pro základní rozsah pojištění:

Spoluúčast pojištěného na každé pojistné události:

Regresní náhrady ze zdravotního nebo nemocenského pojištění
Sublimit pojistného plnění pro toto připojištění dle ZPP OP 2014/01:
Spoluúčast:

Škody nebo jiné újmy z vlastnických, nájemních a obdobných vztahů
Sublimit pojistného plnění pro toto připojištění dle ZPP OP 2014/01:
Spoluúčast:

V pojistné smlouvě je dále ujednáno:

DPP OP 11 - Nemajetková újma na přirozených právech člověka
Sublimit pojistného plnění pro připojištění dle DPP OP 11
Spoluúčast

DPP OP 15 - Zpětné krytí
Sublimit pojistného plnění pro připojištění dle DPP OP 15
Spoluúčast

Retroaktivní krytí

Odchylně od čl. 3, odst. 2 ZPP OP 2014/01 se pojištění vztahuje na povinnost pojištěného k náhradě škody nebo jiné újmy, ke které dojde:

- v období 3 let před počátkem pojištění a dále v době trvání pojištění dle této pojistné smlouvy
- pokud příčina vzniku škody nebo jiné újmy vznikne v období 3 let před počátkem pojištění a dále v době trvání pojištění dle této pojistné smlouvy
- pokud právo na náhradu škody nebo jiné újmy bylo poprvé písemně uplatněno vůči pojištěnému v době trvání pojištění dle této pojistné smlouvy.

Pro posouzení práva na pojistné plnění je rozhodný rozsah pojištění sjednaný k počátku pojištění.

Vyloučeny z pojištění jsou škody nebo jiné újmy a příčiny škody nebo jiné újmy, o kterých pojištěný v době uzavření této pojistné smlouvy věděl nebo musel vědět.

DPP OP 05 - Věci zaměstnanců, návštěvníků
Sublimit pojistného plnění pro připojištění dle DPP OP 05
Spoluúčast

Základní roční pojistné včetně rozšíření celkem:

38 200 Kč

Počátek pojištění, pojistná doba:

Pojištění začíná dne **20. 4. 2014** a sjednává se na dobu neurčitou. Pojistné období je roční. Pojistné je stanoveno jako běžné. Sjednané hrázení pojistného ve splátkách nemá vliv na pojistné období.

Splatnost a způsob placení pojistného:

Pojistné je splatné ročně, a to vždy k 20. dni 4. měsíce každého roku.

Splátka pojistného:

Pojistné bude placeno: bankovním převodem

Závěrečná ustanovení:

Tato pojistná smlouva se řídí následujícími pojistnými podmínkami:

- Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění odpovědnosti VPP O 2014/01, ZPP OP 2014/01
- Doplnkové pojistné podmínky DPP OP 11 - Nemajetková újma na přirozených právech člověka
- Doplnkové pojistné podmínky DPP OP 15 - Zpětné krytí
- Doplnkové pojistné podmínky DPP OP 05 - Věci zaměstnanců, návštěvníků

Příloha:

- kopie živnostenského listu
- kopie výpisu z obchodního rejstříku
- dotazník

Makléřská doložka

Pojistník prohlašuje, že uzavřel s pojišťovacím makléřem ITEAD a.s. se sídlem Masarykovo nám. 1484, Pardubice, 530 02, Česká republika, IČO: 00485829, agenturní číslo 22374557 (dále jen „zplnomocněný makléř“) smlouvu, na jejímž základě zplnomocněný makléř vykonává pro pojistníka zprostředkovatelskou činnost v pojišťovnictví a je pověřen správou této pojistné smlouvy. S ohledem na to budou jednání týkající se této pojistné smlouvy prováděna výhradně prostřednictvím zplnomocněného makléře, a to po dobu trvání pojištění nebo do okamžiku, kdy se pojistitel dozví, že plná moc byla odvolána. Pojistník se zavazuje o odvolání plné moci bez odkladu písemně informovat pojistitele.

Korespondenční adresy

Pojistitel: Generali Pojišťovna a.s., Bělehradská 132, 120 84 Praha 2

Pojistník: ITEAD a.s., Mitranská 1, Liberec, 460 12

Odchylně od pojistných podmínek se ujednává, že pojistné je splatné k datu splatnosti uvedenému na faktuře. Pojistné se považuje za uhrazené okamžikem připsání na účet Pojišťovacího makléře u GE Capital bank, a.s.č. účtu [REDACTED]

Prohlášení pojistníka

Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou podle rozsahu sjednaného pojištění: Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění odpovědnosti **VPP O 2014/01**, Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění odpovědnosti **ZPP OP 2014/01**, doplňkové pojistné podmínky (**DPP OP**), jsou-li ve smlouvě výslovně uvedeny, a sazebník poplatků.

Prohlášení pojistníka/pojištěného:

Potvrzuji, že jsem převzal a před uzavřením smlouvy jsem **byl seznámen** se všemi ustanoveními pojistné smlouvy, včetně všech příloh a pojistných podmínek, jejich **obsahu rozumím** a s rozsahem a podmínkami pojištění **souhlasím**. Potvrzuji, že před uzavřením pojistné smlouvy jsem se seznámil též se sazebníkem poplatků a s **Informacemi pro klienta**, které obsahují i poučení o ochraně osobních údajů.

Potvrzuji, že jsem pojistiteli sdělil před uzavřením smlouvy všechny své pojistné potřeby a požadavky, tyto byly pojistitelem zaznamenány a žádné další nemám. Prohlašuji, že nabízené pojištění odpovídá mým požadavkům a pojistnému zájmu. Zároveň prohlašuji, že mi byly pojistitelem úplně zodpovězeny všechny mé dotazy k sjednávanému pojištění. Zavazuji se plnit povinnosti uvedené v pojistných podmínkách a jsem si vědom, že v případě jejich porušení mne mohou postihnout nepříznivé následky (např. zánik pojištění, snížení nebo odmítnutí pojistného plnění).

Zprošťuji pojistitele mlčenlivosti o uzavřeném pojištění a o případných škodných událostech ve vztahu k zajištění pro potřeby zajištění pojistitele. V případě vzniku škodné události dále:

- zprošťuji státní zastupitelství, policii a další orgány činné v trestním řízení, hasičský záchranný sbor, lékaře, zdravotnická zařízení a záchrannou službu povinností mlčenlivosti;
- zmocňuji pojistitele, resp. jím pověřenou osobu, aby ve všech řízeních probíhajících v souvislosti se škodnou událostí mohli nahlížet do soudních, policejních, případně jiných úředních spisů a vyhotovovat z nich kopie či výpisy;
- zmocňuji pojistitele k nahlédnutí do podkladů jiných pojišťoven v souvislosti se šetřením škodných událostí a s výplatou pojistných plnění.

Souhlasím s tím, aby pojistitel sděloval osobám oprávněným k přijetí pojistného plnění (např. v souvislosti se zřízením zástavního práva k pohledávkám z pojištění) informace týkající se pojištění sjednaného pojistnou smlouvou a v tomto rozsahu ho zprošťuji povinností mlčenlivosti.

Výše uvedené souhlasy a zmocnění se vztahují i na dobu po mé smrti.

Svým podpisem stvrzuji, že jsem byl poučen o účelu, rozsahu a způsobu **zpracování osobních údajů**, a že jsem byl informován o svých právech a o povinnostech pojistitele. Souhlasím se zpracováním všech poskytnutých osobních údajů zejména pro účely pojišťovací činnosti a dalších činností vymezených zákonem o pojišťovnictví a za účelem zaslání obchodních sdělení. Výslovně souhlasím s tím, abych byl v záležitostech pojistného vztahu nebo v záležitosti nabízení 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 dříve sjednaných pojištění. Souhlasím s předáváním a poskytováním svých osobních údajů subjektům mezinárodního koncernu Generali a jeho zajišťovacími partnerům v souladu s právními předpisy pro shora uvedené účely.

Potvrzuji, že všechny údaje, které jsem sdělil pojistiteli (zejména ty, které jsou uvedené v pojistné smlouvě), jsou pravdivé a úplné. Pokud jsem údaje nenapsal vlastnoručně, stvrzuji, že jsem je ověřil a jsou pravdivé a úplné. Zavazuji se bez zbytečného odkladu oznámit všechny jejich případné změny (včetně změn osobních údajů) a jsem si vědom příp. negativních následků nenahlášení změn (zejména při doručování korespondence). Prohlašuji, že jsem oprávněn výše uvedené prohlášení učinit i jménem pojištěného, je-li osobou odlišnou od pojistníka. Pro tento případ se zavazuji, že seznámím pojištěného s obsahem pojistné smlouvy včetně uvedených pojistných podmínek a s ostatními relevantními dokumenty a informacemi sdělenými mi pojistitelem.

Pojišťovaci zprostředkovatel:

příjmení, jméno, titul (název) osoby oprávněné pojistitelem sepsat pojistnou smlouvu a provést identifikaci:

ITEAD a.s.

registrační číslo přidělené ČNB: **000036PM, 007704PA**

osobní číslo: **22374557**

telefon: **734326514**

příjmení, jméno, titul (název) osoby oprávněné pojistitelem sepsat pojistnou smlouvu a provést identifikaci:

ITEAD a.s.

registrační číslo přidělené ČNB: **000036PM, 007704PA**

agenturní číslo: **22374557**

Podpisy smluvních stran

Hradec Králové, 9. 4. 2014

Místo a datum



Generali Pojišťovna a.s. 6842
oblastní ředitelství PRM Hradec Králové

Praha 23.4.2014

Místo a datum

VÝZKUMNÝ ÚSTAV BEZPEČNOSTI PRÁCE, v.v.i.

Jeruzalémská 9, 116 52 Praha 1

DIČ: CZ00025950

311, Fax: 224 238 550

.....
i práce, v. v. i.