

# Pojištění vozidel

## Pojištění odpovědnosti z provozu vozidla, pojištění kasko a doplňková pojištění

číslo nabídky **9264310708** počátek pojištění **25.05.2018 / 16:56** pojistná doba **neurčitá**

### Pojistitel

Generali Pojišťovna a.s., Bělehradská 299/132, Vinohrady, 120 00 Praha 2, zapsaná v OR vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 2866, IČO: 61859869, DIČ: CZ699001273, www.generali.cz (dále jen "Generali"). Společnost je členem Skupiny Generali, zapsané v italském registru pojišťovacích skupin, vedeném IVASS, pod číslem 26.  
Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s., Na Pankráci 1720/123, 140 00 Praha 4, zapsaná v OR vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 2044, IČO: 49240749, www.zdravi.cz (dále jen "ČPZ").  
Pokud není dále uvedeno jinak, jsou níže uvedena pojištění sjednaná s Generali.

### Pojistník

**MAS 21, o.p.s.** rodné číslo / IČO **26408309**  
**17. listopadu 2381/2** **Cheb** **350 02**  
 telefon mobil **+420 608 124 001**

Korespondenční adresa je totožná s adresou pojistníka.

Pojištěný/vlastník je totožný s pojistníkem.

plátce DPH: NE

Provozovatel/držitel je totožný s pojistníkem.

### Vozidlo

VIN [redacted] RZ [redacted] serie a číslo [redacted] datum uvedení [redacted]  
 technického průkazu [redacted] do provozu [redacted]

zabezpečení: [redacted]

poškození vozidla v minulosti (specifikace): NE

### Pojistná smlouva o pojištění odpovědnosti z provozu vozidla (dále jen smlouva)

produkt **Základ** [redacted]  
 produkt dále zahrnuje **Generali Assistance Základní (VPP HAV 2016/03)**  
 B/M rozhodná doba (měsíce) [redacted] ověřeno v ČKP [redacted] stupeň B/M [redacted] koeficient B/M [redacted] základní roční pojistné [redacted]  
 slevy/přirážky (koef.) [redacted] roční pojistné po slevách / přirážkách / B / M [redacted]  
 roční pojistné po slevě na 1. pojistné období [redacted]

### Pojistné podmínky a přílohy

Pojištění se řídí:  **Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění odpovědnosti z provozu vozidla (VPP POV 2016/02), Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění vozidel (VPP HAV 2016/03)**  Sazebníkem administrativních poplatků.  
 Další přílohy:  Informace pro klienta  Plná moc  
 Informační dokument o pojistném produktu (IDPP PMV 2018/01)  Výpis z obchodního rejstříku  
 Stručná informace o zpracování osobních údajů

### Zvláštní ujednání

[redacted]

TG0998803012

O1040205998931

Pojistná smlouva o pojištění kasko a doplňkových pojištění (dále jen smlouva)

## Kasko

produkt **Allrisk** spoluúčast [redacted] pojistná částka: [redacted]

bonus/přiznaná rozhodná doba (měsíce) [redacted] stupeň bonusu [redacted] koeficient bonusu [redacted] základní roční pojistné [redacted]

slevy/přirážky (koef.) [redacted] roční pojistné po slevách / přirážkách / bonus [redacted]

roční pojistné kasko celkem **8 222 Kč**

## Doplňková pojištění

Pojištění skel [redacted] roční pojistné **1 200 Kč**

Úrazové pojištění [redacted] roční pojistné **540 Kč**

Pojištění následné poúrazové péče po dopravní nehodě sjednávané s ČPZ [redacted] roční pojistné **360 Kč**

## Pojistné podmínky a přílohy

Pojištění se řídí:  **Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění vozidel (VPP HAV 2016/03), Všeobecné pojistné podmínky pro úrazové pojištění osob přepravovaných motorovým vozidlem (VPP URZ 2016/02), Všeobecné pojistné podmínky pojištění následné poúrazové péče po dopravní nehodě (VPP POÚ-DN 03/2018)**  Sazebníkem administrativních poplatků.

Další přílohy:  Informace pro klienta  Informace pro klienta k VPP POÚ-DN 03/2018  Plná moc  Informační dokument o pojistném produktu (IDPP PMV 2018/01)  Výpis z obchodního rejstříku  Stručná informace o zpracování osobních údajů

## Zvláštní ujednání

[redacted]

## Společná ustanovení

## Rekapitulace a platba pojistného

způsob úhrady **bezhotovostní platba** frekvence placení **ročně** roční pojistné celkem [redacted]

č.ú. Generali Pojišťovna a.s. pro platbu [redacted] variabilní symbol [redacted] splátka pojistného [redacted]

**Prohlášení pojistníka/pojištěného**

Potvrzuji, že jsem se před uzavřením smlouvy seznámil se všemi ustanoveními pojistné smlouvy, včetně všech příloh a pojistných podmínek, jejich obsahu rozumím a s rozsahem a podmínkami pojištění souhlasím. Seznámil jsem se dále se Sazebníkem administrativních poplatků, Informačním dokumentem o pojistném produktu a s Informacími pro klienta. Potvrzuji rovněž, že jsem převzal v listinné podobě nebo s mým souhlasem v jiné textové podobě (na CD) dokumenty uvedené v části „Pojistné podmínky a přílohy“.

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 mě 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 povinnosti 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.
- Zároveň určuji pojistitele jako osobu, která může být informována o mém zdravotním stavu a může nahlížet do mé zdravotnické dokumentace a opravňuji všechny dotazované lékaře, ústavy, zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny sdělovat údaje o mém zdravotním stavu ČPZ, a to prostřednictvím pověřeného zdravotnického zařízení.

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

Prohlašuji, že jsem byl informován o zpracování mnou sdělených osobních údajů a že podrobnosti týkající se osobních údajů jsou dostupné na [www.generali.cz](http://www.generali.cz) v sekci Osobní údaje a dále v obchodních místech pojistitele. Zavazuji se, že v tomto rozsahu informuji i pojištěné osoby. Dále se zavazuji, že pojistiteli bezodkladně oznámím případné změny osobních údajů.

Výše uvedené souhlasy a zmocnění uděluji i ve vztahu k již dříve sjednaným pojištěním a vztahují se i na dobu po mé smrti nebo po zániku pojistníka, je-li právnickou osobou.

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.

Jsem si vědom toho, že v případě, kdy se na základě údajů z Databáze škod České kanceláře pojistitelů prokáže, že mi sleva za dobu trvání pojištění a dosažený škodný průběh v nárokové výši nenáleží, má pojistitel nárok na pojistné bez zohlednění této slevy.

**Pojišťovací zprostředkovatel / zaměstnanec Generali Pojišťovna a.s.**

osoba oprávněná za pojistitele k identifikaci a inkasu pojistného

příjmení, jméno, titul (název právnické osoby)

registrační číslo přidělené ČNB / --

agenturní číslo / osobní číslo

telefon

**Generali Care**

**013977PA**

**Podřízený pojišťovací zprostředkovatel / zaměstnanec pojišťovacího zprostředkovatele**

osoba oprávněná jednat za pojišťovacího zprostředkovatele

příjmení, jméno, titul (název právnické osoby)

registrační číslo přidělené ČNB

agenturní číslo

telefon

**AUTOSLUŽBY Zimmel s.r.o. .**

**138958PPZ**

**81003449**

**+420 777 762 036**

**Zaměstnanec podřízeného pojišťovacího zprostředkovatele**

příjmení, jméno, titul (název)

reg. číslo ČNB / osobní číslo

osobní číslo

telefon

**AUTOSLUŽBY Zimmel s.r.o. .**

**777 762 036**

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

**Podpisy**

Osoba oprávněná jednat za pojistitele svým podpisem stvrzuje, že provedla identifikaci pojistníka a že podoba identifikované osoby - pojistníka - je shodná s vyobrazením na průkazu totožnosti. Potvrzuji, že pojištěné motorové vozidlo je v nepoškozeném stavu, technicky způsobilé k provozu a číslo karoserie (VIN) souhlasí s údaji v technickém průkazu.

datum

místo

podpis osoby oprávněné jednat za Generali a ČPZ  
na základě plné moci

podpis pojistníka / osoby oprávněné jednat za pojistníka

**25.05.2018**

**CHEB**