



A. POJISTITEL

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna 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: **71340696** Název firmy: **Základní škola a mateřská škola Regionu Karlovarský venkov**
Jednající - funkce, titul, jméno, příjmení: **ředitelka, Mgr. Jitka Topičová**
Adresa sídla firmy: **32, Sadov, 36261, ČR** Telefon/mobilní telefon: **+420353567165, +420603149555**
E-mail: **blanka.machata@skola-kvvenkov.cz**
Korespondenční adresa: **Děpoltovická 71, Otovice, Otovice, 36001, ČR**

C. POJIŠTĚNÉ OSOBY

Specifikace pojištěných osob: **žáci mateřské školy pojistníka**
Maximální kapacita: **110** Celkový počet osob znamená maximální kapacitu pojištěných osob (nejmenované osoby).

D. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ

Počátek pojištění: **1. 5. 2018** Konec pojištění: **31. 12. 2299**
Rozsah pojištění: **pracovní činnost**
Pojistné období: **roční** Hlášení změn v seznamu (počtu) pojištěných osob: **průběžně**
Úhrnné pojištění za 12 měsíců: **16 500 Kč** Úhrnné pojištění za pojištění období: **16 500 Kč**

RIZIKOVÁ SKUPINA 1

žáci mateřské školy pojistníka		DRUHY POJIŠTĚNÍ	Pojistná částka/ roční důchod
Věk:	děti ve věku do 17 let včetně		
Časový rozsah výkonu činnosti:	24 hodin týdně (12 dnů v měsíci)	1321 smrt následkem úrazu	
Maximální kapacita:		1471 trvalé následky úrazu (8-násobná progresse)	
Pojistné za 12 měsíců na jednu osobu:		1323 tělesné poškození úrazem	
Pojistné za 12 měsíců celkem:		1313 pobyt v nemocnici následkem úrazu	

E. ÚDAJE O POJISTNÉM

Pojistné období: **roční**
Běžné pojištění za pojištění období: **16 500 Kč**
Způsob platby: **příkaz k úhradě**
Číslo účtu pro zasílání běžného pojištění: **2226222 / 0800**
Variabilní symbol: **1442216268**

F. DOKUMENTY K POJISTNÉ SMLouvĚ

SKL201501A

O-901/14	O-923/14	
Všeobecné pojištění podmínky pro pojištěné osoby	Zvláštní pojištění 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 pojištění 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 pojištění 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 § 2831 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.

Pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu

G. SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ - pokračování

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 odchýlně od čl. 13 odst. 2 Zvláštních pojistných podmínek pro úrazové pojištění ujednává, že pojišťitel 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

Odchýlně 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 pojišťitel vyúčtování pojistného podle počtu pojištěných osob a podle délky trvání pojištění. Pojišťitel 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 pojišťitele, a to do 10 dnů po doručení vyúčtování. Případný přeplatek pojistného poukáže pojišťitel 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	51 - 100 osob	401 - 800 osob
11 - 24 osob	101 - 200 osob	801 - 1000 osob
25 - 50 osob	201 - 400 osob	nad 1 000 osob

Adresa mateřské školy provozované pojistníkem: Děpoltovická 71, 36232 Otovice

Definice pojištěné činnosti:

Smluvně se ujednává, že termínem "pracovní činnost" se označuje mateřskou školou pojistníka organizovaná nebo delegovaná činnost v rámci školní výuky u této mateřské školy a v rámci akcí organizovaných nebo delegovaných touto mateřskou školou.

H. ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

- Návrh pojišťitele na uzavření pojistné smlouvy (dále jen „nabídka“) musí být pojistníkem přijat ve lhůtě stanovené pojišťitelem, 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.
- 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.
- Pojistná smlouva je vyhotovena ve třech stejnopisech. Pojistník obdrží jeden stejnopis, pojišťitel si ponechá dva stejnopisy.

I. PROHLÁŠENÍ POJISTNÍKA

- 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.
- 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.
- Pojistník souhlasí, že pokud o tom bude informován, má pojišťitel právo v průběhu trvání pojištění měnit oceňovací tabulky. V takovém případě může pojišťitel do jednoho měsíce ode dne takového oznámení pojišťiteli sdělit svůj nesouhlas s příslušnou změnou; pojištění v tomto případě zanikne ke konci pojistného období po doručení nesouhlasu pojišťiteli.
- Pojistník prohlašuje, že má pojistný zájem na pojištění pojištěného, pokud je osobou od něj odlišnou.
- 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 pojištěným nebo pojištěným, využívány i pro účely takových pojistných smluv. S tímto postupem pojišťitel souhlasí i pro případ, kdy pojišťitel oznámí změnu adresy trvalého pobytu / bydliště či sídla nebo kontaktů elektronické komunikace v době trvání této pojistné smlouvy.
- Pojistník souhlasí, aby pojišťitel 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 pojišťitel i spřízněné osoby používali jeho osobní údaje, včetně kontaktů pro elektronickou komunikaci, za účelem zasílání svých obchodních a reklamních sdělení a nabídky služeb.
- Pojistník se zavazuje informovat pojištěné osoby o sjednání pojištění, jeho případných změnách nebo zániku.
- Pojistník bere na vědomí, že zařazení 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.
- Pokud tato pojistná smlouva, resp. dodatek k pojistné smlouvě (dále jen „smlouva“) podléhá povinnosti uveřejnění v registru smluv (dále jen „registr“) ve smyslu zákona č. 340/2015 Sb., zavazuje se pojistník k jejímu uveřejnění v rozsahu, způsobem a ve lhůtách stanovených citovaným

I. PROHLÁŠENÍ POJISTNÍKA - pokračování

zákonem. To nezbavuje pojistitele práva, aby smlouvu uveřejnil v registru sám, s čímž pojistník souhlasí. Pokud je pojistník odlišný od pojištěného, pojistník dále potvrzuje, že pojištěný souhlasil s uveřejněním smlouvy. Při vyplnění formuláře pro uveřejnění smlouvy v registru je pojistník povinen vyplnit údaje o pojistiteli (jako smluvní straně), do pole „**Datová schránka**“ uvést: **n6tetn3** a do pole „**Číslo smlouvy**“ uvést: **1442216268**. Pojistník se dále zavazuje, že před zasláním smlouvy k uveřejnění zajistí znečitelnění neuveřejnitelných informací (např. osobních údajů o fyzických osobách). Smluvní strany se dohodly, že ode dne nabytí účinnosti smlouvy jejím zveřejněním v registru se účinky pojištění, včetně práv a povinností z něj vyplývajících, vztahují i na období od data uvedeného jako počátek pojištění (resp. od data uvedeného jako počátek změn provedených dodatkem, jde-li o účinky dodatku) do budoucna.

J. UZAVŘENÍ POJISTNÉ SMLOUVY

Pojistná smlouva uzavřena dne: **23. 4. 2018**

Jméno, příjmení / název zástupce pojistitele (získatele): **Jan Břicháč**

Pojišťovací zprostředkovatel zastupující pojistitele na základě plné moci

Získatelské číslo: [REDACTED]

Registrační číslo ČNB: [REDACTED]

Osobní číslo spolupracovníka získatele:

Telefonní číslo: [REDACTED]

E-mail: [REDACTED]

.....
Podpis pojistníka

.....
Podpis zástupce pojistitele (získatele)

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