



Číslo pojistné smlouvy: **1422290772**

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: **00579106** Název firmy: **Obec Albrechtice nad Orlicí**
Jednatel - funkce, titul, jméno, příjmení: **starosta, Jaromír Kratěna**
Jednatel - funkce, titul, jméno, příjmení:
Adresa sídla firmy: **Na výsluní 275, Albrechtice nad Orlicí, Albrechtice nad Orlicí, 51722, ČR** Telefon/mobilní telefon: **+420494371425, +420602112799**
E-mail:
Korespondenční adresa: **shodná s adresou sídla**

C. POJIŠTĚNÝ (1P)

Titul, jméno, příjmení: **Jaromír Kratěna** Pohlaví: **muž** PEP: **Ne**
Rodné číslo: **[REDACTED]** Místo (stát) narození: **ČR** Státní občanství: **ČR**
Identifikace:
Adresa bydliště/trvalého pobytu: **Na výsluní 275, Albrechtice nad Orlicí, Albrechtice nad Orlicí, 51722, ČR** Telefon/mobilní telefon: **+420725081092**
E-mail: **kratena@wo.cz**
Povolání - oblast podnikání: **starosta** Riziková skupina: **1** Zvýšené riziko: **Ne**

D. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ

Počátek pojištění: **1.3.2015** Konec pojištění: **28.2.2019** Pojištění se sjednává do věku (pojištěného): **59** Vstupní věk pojištěného: **55**
Pojistné období: **12 měsíců (roční)** Pojistné za pojistné období: **5 220 Kč**
Sleva: **7 %** **365 Kč** Běžné pojistné za pojistné období po slevě: **4 855 Kč**

Druh pojištění	Pojistná částka	Měsíční pojistné
1210 Pojištění pro případ smrti následkem úrazu	500 000 Kč	35 Kč
1223 Pojištění pro případ trvalých následků úrazu s progresivním plněním (4-nás.) od 0,1 %	1 000 000 Kč	240 Kč
1230 Pojištění pro případ tělesného poškození úrazem	125 000 Kč	160 Kč

E. OBMYŠLENÉ OSOBY PRO PŘÍPAD SMRTI POJIŠTĚNÉHO

Poznámka: Nejsou-li obmyšlené osoby při sjednání pojištění uvedeny, platí, že je pojistník neurčil.
Jméno s datem narození. (Místo jména s datem narození lze obmyšlenou osobu určit vztahem k pojištěnému. V případě určení oběma způsoby současně má přednost jméno s datem narození.)

F. ÚDAJE O POJISTNÉM

Způsob platby: **trvalý příkaz** Variabilní symbol: **1422290772**
Číslo účtu pro zasílání běžného pojistného: **2226222 / 0800**

G. PŘÍLOHY K POJISTNÉ SMLouvě

O-901/14	O-925/14	Přehled poplatků a parametrů pojištění	Oceňovací tabulky
Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění osob	Zvláštní pojistné podmínky pro úrazové pojištění		

H. ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

- Návrh pojistitele na uzavření pojistné smlouvy (dále jen „nabídka“) musí být pojistníkem přijat ve lhůtě stanovené pojistitelem, 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.
- Pojistná smlouva je vyhotovena ve třech stejnopisech. Pojistník obdrží jeden stejnopis, pojistitel 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 „Přílohy 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 pojistitel právo v průběhu trvání pojištění měnit Přehled poplatků a parametrů pojištění a oceňovací tabulky. V takovém případě může pojistník do jednoho měsíce ode dne takového oznámení pojistiteli sdělit svůj nesouhlas s příslušnou změnou; pojištění v tomto případě zanikne ke konci pojistného období po doručení nesouhlasu pojistiteli.

I. PROHLÁŠENÍ POJISTNÍKA - pokračování

4. Pojistník prohlašuje, že má pojistný zájem na pojištění pojištěného, pokud je osobou od něj odlišnou.
5. 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 pojistníkem nebo pojištěným, využívány i pro účely takových pojistných smluv. S tímto postupem pojistník souhlasí i pro případ, kdy pojistitel oznámí změnu adresy trvalého pobytu / bydliště či sídla nebo kontaktů elektronické komunikace v době trvání této pojistné smlouvy.
6. Pojistník souhlasí, aby pojistitel 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 pojistitel i spřízněné osoby používali jeho osobní údaje, včetně kontaktů pro elektronickou komunikaci, za účelem zasílání svých obchodních a reklamních sdělení a nabídky služeb.
7. Pojistník souhlasí i s předáváním informací o jeho pojistné smlouvě (s výjimkou citlivých osobních údajů týkajících se jeho zdravotního stavu) také jeho zaměstnavateli, pokud mu přispívá na pojistné, a to po dobu a v rozsahu, jež jsou nezbytně nutné pro platbu.

J. PROHLÁŠENÍ POJIŠTĚNÉHO

1. Pojištěný, je-li odlišný od pojistníka, souhlasí s tím, aby pojistník sjednal pojištění, které se bude vztahovat na jeho pojistné nebezpečí.
2. Pojištěný souhlasí se sjednáním pojištění pro případ své smrti ve prospěch obmyšleného uvedeného ve smlouvě. Pojištěný dále souhlasí, aby případné odkupné, pokud na něj vznikne v souladu s příslušnými pojistnými podmínkami právo, bylo poskytnuto pojistníkovi.
3. Pojištěný souhlasí, aby pojistitel zpracovával jeho citlivé osobní údaje týkající se jeho zdravotního stavu. Rozsah tohoto zpracování a další informace k tomuto zpracovávání jsou uvedeny v Informacích pro zájemce o pojištění osob.
4. Pojištěný souhlasí, aby pojistitel předával jeho osobní údaje spřízněným osobám. Pojištěný dále souhlasí, aby pojistitel i spřízněné osoby používali jeho osobní údaje, včetně kontaktů pro elektronickou komunikaci, za účelem zasílání svých obchodních a reklamních sdělení a nabídky služeb.
5. Pojištěný potvrzuje, že adresa jeho trvalého pobytu / bydliště 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 pojistníkem nebo pojištěným, využívány i pro účely takových pojistných smluv. S tímto postupem pojištěný souhlasí i pro případ, kdy pojistitel oznámí změnu adresy nebo kontaktů elektronické komunikace v době trvání této pojistné smlouvy.
6. Pojištěný zmocňuje pojistitele, aby zjišťoval či ověřoval jeho zdravotní stav pro účely změny pojistné smlouvy, šetření pojistných událostí či výkonu jiných práv a povinností z pojistné smlouvy, a to zejména formou dotazů u příslušných lékařů (zdravotnických zařízení), žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace, popř. z jiných zápisů, které se vztahují ke zdravotnímu stavu pojištěného; toto zmocnění platí i po smrti pojištěného a vztahuje se i na zjištění příčiny jeho smrti.
7. Pojištěný zprošťuje v souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, příslušného lékaře, resp. zdravotnické zařízení ve vztahu k pojistiteli mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojistitel oprávněn požadovat informace či dokumenty podle předchozího odstavce, a dále podle toho, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 31 a násl. citovaného zákona, a to i v případě, že jde o diagnózu, která se obvykle pacientům v plném rozsahu nesděluje.
8. Pojištěný je si vědom toho, že pokud pojistitel v souvislosti se sjednáváním pojištění nebo jeho změnou sdělí informace o své pracovní, zájmové nebo sportovní činnosti, které mají vliv na jeho zařazení do příslušné rizikové skupiny a které jsou odlišné od informací uvedených při sjednávání či změně pojištění v dříve uzavřené pojistné smlouvě, může pojistitel z takových informací vycházet při posouzení pojistného rizika a jeho změny i pro účely takových dřívějších pojistných smluv.

Pojistná smlouva uzavřena: 19.2.2015

Získatel: *PRO Consulting* / Ludmila Nevalová

Zaměstnanec pojistitele

Získatelské číslo: 131

Osobní číslo spolupracovníka získatele:

Telefonní číslo: +420607815524

E-mail: lnevalova@koop.cz

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

Podpis zástupce pojistitele (získatele)

Podpis pojistníka

Podpis pojištěného/zákonného zástupce

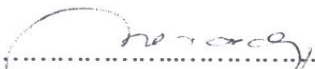
Pojistník: Obec Albrechtice nad Orlicí

Makléřská doložka:

Pojistník pověřuje výhradně pojišťovacího makléře **PRO Consulting s.r.o.**, (IČ:25927825., se sídlem Škroupova 957, 500 02 Hradec Králové, zapsaného v obchodním rejstříku u Krajského soudu v Hradci Králové, sp. zn. C 15207) vedením a zpracováním jeho pojistného zájmu. Obchodní styk, který se bude týkat této pojistné smlouvy, bude prováděn prostřednictvím tohoto pojišťovacího makléře, který je oprávněn přijímat smluvně závazná oznámení, prohlášení a rozhodnutí smluvních partnerů. Tyto povinnosti je možno považovat za splněné, byly-li doručeny na adresu pojišťovacího makléře, který se zavazuje neprodleně, tj. bez zbytečného otálení, tyto informace předávat příslušné smluvní straně.

19. 2. 2015

.....
Datum


.....
Podpis zástupce pojistitele

.....
Podpisy osob jednajících
za pojistníka

