



## Příhláška / pojistná smlouva

Pojištění profesní odpovědnosti za škodu zapsaných mediátorů na základě Smlouvy o spolupráci sjednané mezi Generali Pojišťovna a.s. a Českou advokátní komorou prostřednictvím WI-ASS ČR s.r.o.

### Pojistitel

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

IČ: 61859869, DIČ: CZ699001273 Společnost je zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl C, vložka 2866. Společnost je členem Skupiny Generali, zapsané v italském registru pojišťovacích skupin, vedeném ISVAPem, pod číslem 26

### Pojistník/pojištěný

<b>Příjmení, jméno, titul</b>	<b>Rodné číslo / IČ</b>	<b>Rodné číslo / IČ</b>
<b>Adresa ( sídlo)</b>		
<b>Korespondenční adresa ( pokud je odlišná od adresy sídla )</b>		
<b>Telefon:</b>	<b>e-mail:</b>	

### Rozsah pojistného krytí, spoluúčast

Rozsah pojistného krytí a spoluúčast se řídí čl. 2 a 3 Smlouvy o spolupráci s níže uvedeným limitem a připojištěními  
(zvoleno zakřížkováním v podbarveném poli)

	LPP v Kč	Roční pojistné (RP) v Kč		Přirážka k RP za připojištění dle DPP Evropské pojistné krytí v Kč		Přirážka k RP za připojištění dle DPP Ochrana osobnosti v Kč		Přirážka k RP za připojištění zpětného krytí v Kč		Celkové roční pojistné
<input type="checkbox"/>	1.000.000	1.400	<input type="checkbox"/>	280	<input type="checkbox"/>	280	<input type="checkbox"/>	140	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	2.000.000	1.900	<input type="checkbox"/>	380	<input type="checkbox"/>	380	<input type="checkbox"/>	190	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	3.000.000	2.500	<input type="checkbox"/>	500	<input type="checkbox"/>	500	<input type="checkbox"/>	250	<input type="checkbox"/>	

**Počátek pojištění** ode dne ....., nejdříve však dne následujícího po přijetí a podpisu přihlášky zástupcem WI-ASS ČR ( doplní zástupce WI-ASS ČR s.r.o.)

Příhlášku ve trojím vyhotovení s originálním podpisem zašlete na adresu:

WI-ASS ČR s.r.o.  
Zdeněk Chovanec  
Vlkova 46  
130 00 Praha 3



### Prohlášení pojistníka/pojištěného

Potvrzuji, že jsem převzal/a a před uzavřením pojistné smlouvy jsem byl/a seznámen/a se zněním všeobecných pojistných podmínek, zvláštních pojistných podmínek, doplňkových pojistných podmínek a zvláštních ujednání platných pro sjednané druhy pojištění, a že jejich obsahu rozumím a s jejich obsahem souhlasím.

Dále prohlašuji, že mi byly poskytnuty před uzavřením pojistné smlouvy přesným a jasným způsobem, písemně a v českém jazyce informace o pojistiteli a informace o pojistném vztahu ve smyslu § 66 a § 67 zákona č. 37/2004 Sb. o pojistné smlouvě. Prohlašuji, že uzavřená pojistná smlouva odpovídá mému pojistnému zájmu a mým pojistným potřebám, které jsem vyjádřil/a pojistiteli nebo jím pověřenému zástupci - pojišťovacímu zprostředkovateli před uzavřením pojistné smlouvy a s rozsahem a podmínkami pojištění jsem srozuměn.

Jsem si vědom/a své povinnosti pravdivě a úplně odpovědět na všechny dotazy pojistitele a uvést všechny informace, i ty, které se mi jeví jako nepodstatné. Beru na vědomí, že při porušení těchto povinností má pojistitel právo od pojistné smlouvy odstoupit, snížit nebo odmítnout pojistné plnění.

V případě vzniku škodné události zprošťuji státní zastupitelství, policii a další orgány činné v trestním řízení, hasičský záchranný sbor a záchrannou službu povinnosti mlčenlivosti. Současně zmocňuji pojistitele, resp. jím pověřenou osobu, aby ve všech řízeních probíhajících v souvislosti s touto škodnou událostí mohla nahlížet do soudních, policejních, případně jiných úředních spisů a zhotovovat z nich kopie či výpisy.

Zmocňuji tímto pojistitele k nahlédnutí do podkladů jiných pojišťoven v souvislosti se šetřením škodných událostí a výplatou pojistného plnění. Výše uvedený souhlas a zmocnění se vztahuje i na dobu po mé smrti. Beru na vědomí, že pojistitel není povinen vyplatit pojistné plnění do doby, než mu budou poskytnuty doklady potřebné pro likvidaci škodné události, zejména ty, které si vyžádá.

Souhlasím s tím, aby mé adresní a identifikační údaje byly zpracovávány správcem Generali Pojišťovna a.s., Bělehradská 132, 120 84 Praha 2, Česká republika a jejími smluvními zpracovateli splňujícími podmínky zákona č.101/2000 Sb. (zejména pojišťovacími zprostředkovateli) pro účely pojišťovací činnosti a dalších činností vymezených zákonem č. 277/2009 Sb. o pojišťovnictví, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností, plynoucích ze závazkového právního vztahu, a dále po dobu vyplývající z obecně závazných právních předpisů.

Souhlasím s předáním a poskytováním svých osobních údajů subjektům mezinárodního koncernu Generali a jeho zajišťovacím partnerům v souladu s právními předpisy pro účely a dobu uvedenou v předchozím odstavci.

Odvoláním souhlasu se zpracováním osobních údajů pojistná smlouva zaniká, pojistitel dále neprovádí šetření škodných událostí a výplaty pojistných plnění. Pojistitel má v tomto případě právo na pojistné do konce pojistného období, v němž došlo k zániku pojištění. Je-li pojistné stanoveno jako jednorázové, pojistitel má v tomto případě právo na celé jednorázové pojistné.

Dále souhlasím s tím, abych byl v záležitostech pojistného vztahu nebo v záležitosti nabídky 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 na mnou uváděnou korespondenční adresu nebo kontaktní spojení.

Zprošťuji pojistitele mlčenlivosti o sjednaném pojištění a o případných škodných událostech ve vztahu k zajistiteli pro potřeby zajištění pojistitele.

Pojistník čestně prohlašuje, že je oprávněn k poskytnutí tohoto souhlasu a k zproštění pojistitele a výše uvedených subjektů mlčenlivosti pojištěnými.

Prohlašuji, že jsem byl/a ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb. informován/a o svých právech a o povinnostech správce, zejména o právu přístupu k osobním údajům, jakož i o dalších právech dle tohoto zákona.

Zavazuji se, že bez zbytečného odkladu nahlásím jakoukoliv změnu zpracovávaných osobních údajů.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis pojistitele

\_\_\_\_\_  
Podpis pojištěného

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis zástupce WI-ASS ČR s.r.o.  
Interní poznámka pojistitele kód 29 P 30