Číslo pojistné smlouvy: **19011541-11**

ČESKÁ POJIŠŤOVNA

Sdružené pojištění vozidla
Kód produktu: AS
Stav k datu: 23.11.2015

TC8990500001A

O701901154111A

Záznam z jednání

Zájemce

Příjmení (název firmy): **POLIKLINIKA PROSEK, a.s.** Jméno: **---** Titul:
Rodné č./IČ: **28495306** Datum naroz.: Osoba: **právnická** Plátce DPH: **ANO**
Trvalá adresa: Ulice: **LOVOSICKÁ** Č.p.: **440/40** Město (obec): **PRAHA 9** PSČ: **19000** Stát: **CZE**
Koresp. adresa: Korespondenční adresa je shodná s trvalou adresou
Telefon: E-mail:

Potřeby zájemce

povinné ručení
připojištění:

Zvláštní požadavky zájemce nad rámec zaznamenaných potřeb **NE**

Pojistný zájem

Ano, zájemce má zájem uzavřít pojištění z důvodu ochrany života, zdraví či majetku svého nebo cizího. V případě zájmu ochrany jiné osoby, je zájemce povinen na žádost pojistitele osvědčit svůj pojistný zájem.

Skutečnosti ovlivňující výběr produktu a jejich analýza

- údaje o osobě zájemce/pojistníka
- potřeby zájemce
- údaje o vozidle:

Registrační značka: **2A05619** MPZ: **CZE** Druh vozidla: **nákladní automobil do 3500 kg**
Tovární značka: **Ford** Typ: **Transit 280** Specifikace:
VIN: **WF0VXXBDFV2B50999** Číslo TP: **AP642764** Palivo: **nafta** Výkon motoru: **63 kW** Objem válců: **1998 ccm**
Počet sedadel: **3** Maximální počet přepravovaných osob: **3** Celková hmotnost: **2640 kg** Rok výroby/první registrace: **2002**
Datum první registrace: **----** Užití vozidla: **ostatní (běžné)** Zabezpečení: **žádné**

Doporučení

Pojistný produkt je doporučován z portfolia pojistitele na základě zájemcem sdělených informací.

Pojištění Odpovědnosti z provozu vozidla
Pojištění POHODA Bez povinností

Zájemce převzal a seznámil se s následujícími dokumenty:

a. Předsmluvní informace PIPMV-V-8/2015, které obsahují popis nabízených pojistných produktů včetně jejich dopadu a možných rizik, a které mu byly před uzavřením pojistné smlouvy náležitě vysvětleny tak, že je schopen posoudit, zda navrhované pojistné produkty odpovídají jeho potřebám, požadavkům a finančním možnostem.

b. Pojistné podmínky VPPPMV–V–8/2015 (Sdružené pojištění vozidla t.č. 7506 08/2015 KONS)
c. Informace o zprostředkovateli.

Prohlášení zájemce

Na základě předsmluvních informací a údajů od zájemce byl vyhotoven tento záznam z jednání. Zájemce potvrzuje, že byly zaznamenány všechny sdělené potřeby a požadavky a že mu byly zodpovězeny všechny jeho dotazy. Dále pak potvrzuje, že zaznamenané potřeby a požadavky (pokud byly sděleny) odpovídají jím poskytnutým informacím a jeho skutečnému záměru týkajícímu se pojištění. Zájemce si je vědom toho, že údaje, které během jednání o uzavření pojištění zamlčel, či z jakéhokoli jiného důvodu nesdělil, nemohou být v záznamu a v následném doporučení zohledněny a že takový chybějící údaj může ovlivnit doporučení vhodného produktu. Záznam z jednání nepředstavuje závazné smluvní ujednání, ale je jen podkladem pro vyhotovení pojistné smlouvy. Strany jsou vázány obsahem pojistné smlouvy a plní v rozsahu tam stanoveném.

Pojistná smlouva - *sdružené pojištění vozidla*

Tato pojistná smlouva je sjednána v rámci trvalé akce AS_POV_20.

Smluvní strany:

Pojistitel: Česká pojišťovna a.s., Spálená 75/16, 113 04 Praha 1, Česká republika, IČ 45272956, DIČ CZ699001273, zapsaná v Obchodním rejstříku Městského soudu v Praze, oddíl B, vložka 1464.

Pojistitele zastupuje: ATIUS, s.r.o., tel.:225110917

Pojistník:

Příjmení (název firmy): **POLIKLINIKA PROSEK, a.s.** Jméno: **---** Titul:
Rodné č./IČ: **28495306** Datum naroz.: Osoba: **právnická** Plátce DPH: **ANO**
Trvalá adresa: Ulice: **LOVOSICKÁ** Č.p.: **440/40** Město (obec): **PRAHA 9** PSČ: **19000** Stát: **CZE**
Koresp. adresa: Korespondenční adresa je shodná s trvalou adresou
Telefon: E-mail:

uzavírají tuto pojistnou smlouvu pro pojištění odpovědnosti za újmu způsobenou provozem vozidla, pro pojištění vozidel a dopravovaných věcí, pojištění asistence a úrazové pojištění dopravovaných osob, které se dále řídí Všeobecnými pojistnými podmínkami pro pojištění vozidel VPPPMV-V-8/2015, Sazebníkem poplatků a Oceňovacími tabulkami ke stanovení výše pojistného plnění z úrazového pojištění dopravovaných osob.

Počátek a pojistná doba

Sjednané pojištění je účinné od **00 : 00** hodin dne **26.01.2016** a sjednává se na dobu neurčitou.

Vozidlo:

REVIZE: 74001972771D0573770617727209067B7C010463731D056D76130E7777050176760106

Číslo pojistné smlouvy: **19011541-11**

stník vozidla: je shodný s pojistníkem.

držitel vozidla: je shodný s pojistníkem.

Registrační značka:	2A05619	MPZ:	CZE	Druh vozidla:	nákladní automobil do 3500 kg		
Tovární značka:	Ford	Typ:	Transit 280	Specifikace:			
VIN:	WF0VXXBDFV2B50999	Číslo TP:	AP642764	Palivo:	nafta	Výkon motoru:	63 kW
Objem válců:	1998 ccm	Počet sedadel:	3	Maximální počet přepravovaných osob:	3	Celková hmotnost:	2640 kg
Rok výroby/první registrace:	2002	Datum první registrace:	----	Užití vozidla:	ostatní (běžné)	Zabezpečení:	žádné

Identifikační údaj VIN se považuje za jediný a nezaměnitelný identifikátor vozidla (předmětu pojištění). Další údaje o vozidle zde uvedené neslouží pro identifikaci vozidla, ale jen pro stanovení výše pojistného.

Prohlídka vozidla dne: **23.11.2015 13:59** **NEPOŠKOZENO** **Platnost prohlídky je 24 hodin.**

Rozsah poškození:

Odpovědi pojistníka na dotazy pojistitele:

Bylo vozidlo v minulosti poškozeno? **NE**

Rozsah poškození:

Rozsah pojištění, pojistné:

A. Pojištění odpovědnosti za újmu způsobenou provozem vozidla

Pojištění je sjednáno v rámci akce "POV "

Start

Limit pojistného plnění : pro újmy na věci a ušlý zisk **35 mil. Kč** pro újmy na zdraví **35 mil. Kč** Pro náklady právní ochrany: **10 tis. Kč**

Roční pojistné: 11 523 Kč

Zelená karta vystavena: **ANO** Číslo karty: **1901154111** Akční sleva trvalá: **20%** -2 305 Kč

B. Pojištění POHODA bez povinností

Výluky z tohoto pojištění jsou uvedeny v čl. 23 VPPPMV-V-8/2015. **Roční pojistné :** 0,- Kč

C. Úpravy pojistného - Zohlednění předchozího škodního průběhu

Přehled slev (včetně bonusů)/ přirážek (včetně malusů) pro pojištění odpovědnosti za újmu způsobenou provozem vozidla (dále jen POV) a havarijní pojištění vozidla (dále jen HAV) ke dni 26.01.2016 včetně přidaných zápočtů od jiných pojistitelů:

pojištění	výsledná rozhodná doba v měsících	škodní sleva/přirážka v %
POV	85	-40 %
z toho bonus/ malus	83	-35 %
HAV	----	----
z toho bonus/ malus	----	----

Pojištění	Převáděná doba v měsících	Převedeno od pojistitele	Číslo smlouvy
POV	83	UNIQA pojišťovna, a.s.	4833936581
POV	2	Odložený počátek	11111

Pokud pojistník ve lhůtě max. 60 dnů od data počátku HAV nestvrdí údaje o rozhodné době HAV v předchozí tabulce originálem „Potvrzení o době trvání pojištění a škodním průběhu", nebo pokud ve lhůtě max. 60 dnů od data počátku POV nebudou údaje o rozhodné době POV v předchozí tabulce potvrzeny z databáze České kanceláře pojistitelů, je ČP oprávněna k datu počátku jednotlivých pojištění upravit údaje o rozhodné době na skutečný stav, zjištěný v případě POV ze záznamů databáze České kanceláře pojistitelů, v případě HAV ze záznamů v databázi ČP nebo podkladů jiných pojistitelů. V případě, kdy se prokáže, že shora uvedený počet měsíců rozhodné doby neodpovídá ČP ověřené skutečnosti, se pojistník zavazuje k úhradě vzniklých rozdílů v pojistném.
Pokud pojistník ve lhůtě max. 60 dnů od data počátku jednotlivých pojištění nad rámec údajů o rozhodné době uvedených v předchozí tabulce uvede nové skutečnosti, které budou potvrzeny dle odstavce výše, budou tyto údaje o rozhodné době zohledněny k počátku jednotlivých pojištění.

D. Přehled sjednaných pojištění

Pojištění	Název pojištění	Roční pojistné 2)	Akční/obch. sleva		Škodní sleva/přirážka 1)		Celkem roční pojistné
A	Pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou provozem vozidla	11 523 Kč	20%	-2 305 Kč	-40 %	-3 687 Kč	5 531 Kč
B	Pojištění POHODA bez povinností	0 Kč					0 Kč
	Celkem v Kč	11 523 Kč		-2 305 Kč		-3 687 Kč	5 531 Kč

Celkem pojistné za pojistnou smlouvu upravené na dělitelnost počtem splátek v Kč: 5 531 Kč

1) škodní sleva - v tabulce uvedena se znaménkem mínus
2) v pojistném je již zohledněna obchodní sleva

Výše splatného pojistného zohledňující případné přirážky za frekvenci placení a slevu za krátkodobost: 5 531 Kč

E. Způsob úhrady pojistného

Forma placení: Příkazem k úhradě/bezhotovostně

Pojistné bude hrazeno **1** krát ročně vždy k **26.** dni **1.** měsíce roku na účet České pojišťovny a.s.

Číslo účtu: 1135011 **Kód banky:** 0100

Variabilní symbol: 1901154111 **Konstantní symbol:** 3558

REVIZE: 74001972771D0573770617727209067B7C010363731D056D76130E7777050176760106

Číslo pojistné smlouvy: **19011541-11**

Závěrečná prohlášení pojistníka

Svým podpisem stvrzuji, že všechny údaje v této pojistné smlouvě i v záznamu z jednání jsem uvedl pravdivě, a veškerá prohlášení v této pojistné smlouvě i v záznamu z jednání uvedená jsou pravdivá. Dále potvrzuji, že případné změny v údajích týkajících se pojistníka a vozidla, zejména RZ/SPZ, VIN/EČV a číslo TP, sdělím ČP do 15 dnů ode dne, kdy k těmto změnám došlo (dle § 13 odst. 5 zák. č. 168/1999 Sb.).

Potvrzuji, že jsem seznámen s podmínkami zpracování osobních údajů a se zmocněními a zproštěním mlčenlivosti, jak je uvedeno v článku 10 VPPPMV–V– 8/2015 a v části Poučení o ochraně osobních údajů a mlčenlivosti PIPMV-V-8/2015. Uzavřením pojistné smlouvy
1) vyslovuji souhlas se zpracováním osobních údajů pro účely pojišťovací činnosti a dalších činností realizovaných v souladu se zákonem, včetně zpracování osobních údajů pro obchodní a marketingové účely, pojistitelem, dalšími členy mezinárodní skupiny Generali a spolupracujícími obchodními partnery a
2) uděluji zmocnění a zprošťuji mlčenlivosti ve vztahu k informacím týkajícím se pojištění, a to v rozsahu a pro účely uvedené v dokumentech citovaných v předchozí větě.

Svým podpisem dále stvrzuji, že:
– zmocňuji ČP k nahlížení do spisů v rozsahu uvedeném ve VPPPMV-V-8/2015 čl. 10 odst.3,
– akceptuji oprávnění ČP požadovat údaje o svém zdravotním stavu za účelem šetření pojistných událostí a uděluji ČP výslovný souhlas ke zjišťování a přezkoumávání zdravotního stavu,
– mám souhlas pojištěného/pojištěných uzavřít pojištění ve sjednaném rozsahu,

Jako pojistník dále potvrzuji, že jsem se před uzavřením pojistné smlouvy seznámil(a) a převzal(a) jsem následující dokumenty:
- předsmluvní informace, verze PIPMV-V-8/2015 ,
- pojistné podmínky verze VPPPMV-V-8/2015 a VPP-DN-2/2014 (Sdružené pojištění vozidla T.č. 7506 08/2015 MHA),
- oceňovací tabulky ke stanovení výše pojistného plnění z úrazového pojištění dopravovaných osob,
- sazebník poplatků,
- informace o zprostředkovateli.

Pojistná smlouva je uzavřena okamžikem podpisu oběma smluvními stranami.

V | Dne: **23.11.2015 14:18**

Poliklinika Prosek a.s.
Lovosická 40/440, 190 00 PRAHA 9
IČO: 284 95 306
Tel.: 266 010 111 ①

Podpis (a razítko) pojistníka zájemce

9416650-21
ATIUS, s.r.o.
142 00, Praha 411; Vavřenova 6
Telef. 225110917

ATIUS s.r.o.
Vavřenova 1427/19, Praha 4
147 00, IČ: 26511100 ②

Podpis a razítko pojišťovacího zprostředkovatele zastupujícího ČP na základě plné moci / Podpis zaměstnance ČP na základě plné moci

Tuto pojistnou smlouvu převzal do správy:

Kateřina Šlamberová
Tel.:224557639

Číslo získatele, kategorie	Za sjednání	Následná	Identifikace	Číslo získatele, kategorie	Za sjednání	Následná	Identifikace
941033446	0	0	Kateřina Šlamberová	941665021	100	100	ATIUS, s.r.o.

REVIZE: 74001972771D0573770617727209067B7C010363731D056D76130E7777050176760106