



Pojistná smlouva

č. 3110635212

**Generali Česká pojišťovna a.s.,
Spálená 75/16, Nové Město, 110 00 Praha 1,
IČO 45272956
DIČ: CZ699001273**

**zapsaná v Obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze sp. zn. B 1464
bankovní spojení: Raiffeisen Bank a.s., č.ú. 246246/5500
zastoupená Michalem Malíkem, SAB servis, Jungmannova 748/30, 110 00 Praha
(dále jen „pojistitel“)**

a

**Společnost pro zahradní a krajinářskou tvorbu, z.s.
IČO 44684932**

**Plzeňská 247/59, Košíře, 150 00 Praha
zapsaná v Obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze sp. zn. L 1480
zastoupená Ladislavem Kejkou, předsedou správní rady
(dále jen „pojistník“)**

uzavírají

**podle zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (dále jen „zákoník“) Pojistnou smlouvu
krátkodobého úrazového skupinového pojištění dospělých osob (podle sazby KÚD)**

I. Pojištěné osoby

1. Na základě této pojistné smlouvy jsou pojištěny osoby uvedené příjmením v Seznamu pojištěných, který je nedílnou součástí této pojistné smlouvy, a to pro případ úrazu nastalého po dobu platnosti této pojistné smlouvy.
2. Pojištěné osoby jsou členové Společnosti pro zahradní a krajinářskou činnost, z.s.
3. Pojištění se vztahuje výhradně na pojistné události, ke kterým dojde při úrazech při výkonu pracovní činnosti podle živnostenského oprávnění včetně cesty do zaměstnání a zpět. Cestou do zaměstnání a zpět se rozumí cesta z místa zaměstnavatelského bydliště (ubytování) do místa vstupu do objektu zaměstnavatele nebo na jiné místo určené k plnění pracovních úkolů a zpět.
4. Pojištěné osoby vykonávají činnosti v těchto či obdobných povoláních: stromolezec, arborista, autorizovaný krajinářský architekt, projektant zahradních úprav (zahradní designér), realizátor zahradních úprav a údržby zahrad, správce zeleně měst a obcí (samospráva), správce zeleně jiných zařízení (botanické a zoologické zahrady, apod.), úředník – ochrana přírody (státní správa), vysokoškolský a středoškolský pracovník, vědecký pracovník.
5. Pojistník je povinen pojistiteli prokazatelně zaslat na dále uvedenou e-mailovou adresu elektronicky řádně vyplněný Seznam pojištěných včetně varianty pojištění tak, aby jej pojistitel měl k dispozici nejpozději v den počátku pojištění, jinak tyto osoby nebudou pojištěny,

6. Kontaktní osobou na straně pojistitele je Radka Trojanová, e-mailová adresa je: sa@generaliceska.cz.
7. Kontaktní osobou na straně pojistníka je Karolína Báčová, kancelar@szkt.cz, +420 257 323 953; +420 602 363 999.
8. Dojde-li v průběhu trvání pojištění k přírůstku, úbytku pojištěných nebo nahrazení osoby pojištěného jinou osobou je pojistník povinen tuto změnu pojistiteli písemně nahlásit na výše uvedenou emailovou adresu.
9. Tato smlouva se uzavírá jako smlouva skupinového pojištění v souladu s ustanovení § 2827 občanského zákoníku.

II. Počátek a konec pojištění

1. Počátek pojištění..... 1. 1. 2024
2. Pojištění se sjednává na dobu určitou jednoho roku. Koncem pojištění se rozumí den, který se po uplynutí sjednané pojistné doby datem (dnem a měsícem) shoduje s datem ujednaným jako den počátku pojištění. Není-li takový den v měsíci, pak konec pojištění připadne na poslední den měsíce.
3. Počátek pro jednotlivé pojištěné, kteří budou do pojištění vstupovat v průběhu trvání pojistné smlouvy, je dán shodně s datem nahlášení změny na výše uvedenou emailovou adresu. Konec pojištění je shodný pro všechny pojištěné.
4. Uplynutím doby, na kterou bylo pojištění sjednáno, pojištění nezaniká, pokud pojistitel nebo pojistník nejméně 6 týdnů před datem konce pojištění nesdělí druhé straně, že na dalším trvání pojištění nemá zájem. Pokud pojištění nezanikne, prodlužuje se za stejných podmínek o stejnou dobu, na kterou bylo sjednáno. V takovém případě je pojistník povinen zaslat pojistiteli aktualizovaný Seznam pojištěných osob nejpozději do 20. kalendářního dne od počátku pojištění příslušného roku a uhradit odpovídající pojistné stanovené na základě tohoto Seznamu do 30 kalendářních dní od počátku příslušného roku.

III. Rozsah nároků

1. Utrpí-li pojištěný za trvání pojištění úraz, ve smyslu platných Všeobecných pojistných podmínek pro úrazové pojištění, vyplatí pojistitel plnění:
 - a) za smrt následkem úrazu
 - b) za trvalé následky úrazu s progresivním plněním
 - c) za dobu nezbytného léčení tělesného poškození úrazem ve dnech
2. Pojistné částky pro jednotlivé varianty pojištění jsou uvedeny v příloze č. 6 – Sazebník pojistného.
3. Na základě sjednaného progresivního plnění za trvalé následky úrazu pojistitel vyplatí plnění za trvalé následky úrazu v závislosti na jejich rozsahu stanoveném v procentech podle oceňovací tabulky B takto:

Rozsah trvalých následků úrazu v %	Násobek stanoveného plnění
do 25 % včetně	1
nad 25 % do 50 % včetně	2
nad 50 % do 75 % včetně	3
nad 75 % do 99 % včetně	4
100%	5

4. Plnění za dobu nezbytného léčení ve dnech (DNL-D)
 - a. Dojde-li k úrazu pojištěného a doba, která je podle poznatků vědy obvykle třeba ke zhojení nebo ustálení tělesného poškození způsobeného úrazem (dále jen „průměrná doba nezbytného léčení“), je delší než dva týdny, vyplatí pojistitel denní plnění za každý den

doby nezbytného léčení, a to do maximálního rozsahu počtu dní, který odpovídá příslušnému tělesnému poškození, stanovenému v části pro denní plnění oceňovací tabulkou A.

- b. Denní plnění vyplatí pojistitel načítaně v závislosti na délce doby nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem násobené příslušným přepočtovým koeficientem takto:
- | Délka nezbytného léčení | Přepočtový koeficient |
|----------------------------------|-----------------------|
| od 1. dne do 28. dne (včetně) | 0,5 |
| od 29. dne do 120. dne (včetně) | 1 |
| od 121. dne do 240. dne (včetně) | 1,5 |
| od 241. dne do 365. dne (včetně) | 2 |
- c. Do doby nezbytného léčení se nezapočítává doba, ve které se pojištěný podroboval občasným zdravotním kontrolám, nebo rehabilitace, která byla zaměřena na zmírnění bolesti bez následné úpravy zdravotního stavu.
- d. Bylo-li pojištěnému způsobeno jediným úrazem několik tělesných poškození, plní pojistitel denní plnění jen za dobu nezbytného léčení toho poškození, které je hodnoceno nejvyšším počtem dní v oceňovací tabulce A.
- e. Pojistitel poskytuje denní plnění za dobu nezbytného léčení nejvýše za dobu jednoho roku.
- f. Právo na plnění za dobu nezbytného léčení ve dnech má pojištěný.

IV. Povinnosti smluvních stran

Pojištěný se zavazuje:

1. Zajistit náležitou informovanost jednotlivých pojištěných o obsahu a rozsahu pojištění, jakož i o náležitostech podmiňujících poskytnutí pojistného plnění v případě pojistné události.
2. Zabezpečovat k poskytovanému pojištění vedení evidence pojištěných.
3. Provádět odvod a vyúčtování pojistného pojistiteli podle článku V. této pojistné smlouvy.
4. Předkládat pojistiteli hlášení o změnách pojištěných osob.
5. Poskytnout pojistiteli potřebnou součinnost při zajišťování informací a podkladů nutných pro šetření pojistných událostí.

Pojištěný se zavazuje:

1. Prokázat, že šlo o pojištěnou činnost podle bodu 3 Článku I. této pojistné smlouvy např. doložením objednávky, zakázkového listu, prohlášením zákazníka, nebo opisem elektronické komunikace se zákazníkem.

Pojistitel se zavazuje:

1. Průběžně provádět kontrolu správnosti vyúčtování pojistného a jeho odvádění pojistníkem pojistiteli. Tato kontrola bude prováděna pověřenými zaměstnanci pojistitele a bude pojistníkoví včas oznámena.
2. Seznamovat pojistníka s metodickými změnami, které by se týkaly předmětu této smlouvy.

V. Pojistné

1. Pojistné za jednu pojištěnou osobu dle zvolené varianty je uvedeno v příloze č. 6 Sazebník pojistného.
2. Vyúčtování pojistného provede pojistitel nejpozději do 20. kalendářního dne od počátku pojištění.
3. Jednorázové pojistné je pojistník povinen uhradit do 10 dnů od zaslání vyúčtování na účet pojistitele vedený u Raiffeisenbanky, a.s., číslo účtu 246246/5500, VS = číslo pojistné smlouvy.
4. Úhradou pojistného se rozumí okamžik jeho připsání pojistného na účet pojistitele.

VI. Oznamování pojistných událostí

Pojistné události se oznamují na adrese:

Generali Česká pojišťovna a.s.

P.O. BOX 305

659 05 Brno

VII. Závěrečná ustanovení

Prohlášení pojistníka

Pojistitel mě seznámil s tím, že smluvní vztah se řídí občanským zákoníkem zák. č. 89/2012 Sb., ostatními právními předpisy České republiky, uzavřenou pojistnou smlouvou a dále všeobecnými pojistnými podmínkami pro úrazové pojištění (dále VPP ÚP) a doplňkovými pojistnými podmínkami pro úrazové pojištění (dále DPP KÚD a DPP KÚM) včetně Oceňovacích tabulek.

Potvrzuji, že jsem převzal a před uzavřením smlouvy **jsem byl seznámen** se zněním **Předsmluvních informací, Informačního dokumentu o pojistném produktu, VPP ÚP, DPP KÚD a DPP KÚM včetně Oceňovacích tabulek** platných pro sjednané druhy pojištění, které tvoří nedílnou součást pojistné smlouvy, jejich obsahu rozumím a s rozsahem a podmínkami pojištění souhlasím.

Potvrzuji, že jsem pojistiteli sdělil před podpisem pojistné smlouvy všechny své pojistné potřeby a požadavky, tyto byly pojistitelem zaznamenány, a žádné další nemám.

Prohlašuji, že nabízené pojištění odpovídá mým pojistným požadavkům a mému pojistnému zájmu. Zároveň prohlašuji, že mi byly pojistitelem úplně zodpovězeny všechny mé dotazy k sjednanému pojištění.

Zavazuji se plnit povinnosti uvedené v pojistných podmínkách a jsem si vědom, že jejich porušení může pro mne mít negativní následky (např. zánik pojištění, snížení nebo odmítnutí pojistného plnění).

Prohlašuji, že pojištěný (v případě nezletilých osob jejich zákonný zástupce) dal k pojištění souhlas a zavazuje se v případě žádosti pojistitele ho prokázat.

Prohlašuji, že jsem se seznámil se zněním celého prohlášení, které je nedílnou součástí pojistné smlouvy, jeho obsahu plně rozumím a s jeho obsahem souhlasím.

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 případných negativních následků nenahlášení změn** (zejména při doručování korespondence).

Jsem si vědom své povinnosti pravdivě a úplně odpovědět na všechny dotazy pojistitele a uvést všechny informace, a to 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.

Prohlášení pojistníka pro účely zpracování osobních údajů

Níže připojeným podpisem jako pojistník prohlašuji, že jsem byl informován o zpracování svých osobních údajů, a o tom, že podrobnosti týkající se osobních údajů jsou dostupné na www.generaliceska.cz v sekci Osobní údaje a dále na obchodních místech pojistitele. Dále se podpisem zavazuji pojistiteli bezodkladně oznámit případné změny mnou sdělených osobních údajů. Zavazuji se, že v tomto rozsahu informuji i pojištěné a obmyšlené osoby.

Prohlášení pojistníka pro účely pojišťovací činnosti, činností přímo vyplývajících z této činnosti, dalších souvisejících činností a pro účely zmocnění a zproštění mlčenlivosti

Uzavřením pojistné smlouvy jako pojistník

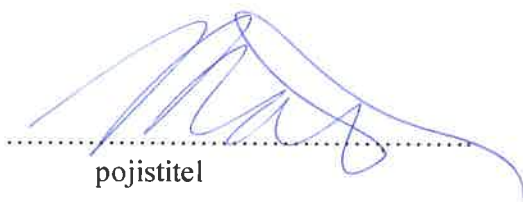
- a) pro případ šetření škodné události zprošťují státní zastupitelství, policii a další orgány činné v trestním řízení, hasičský záchranný sbor, lékaře, zdravotnická zařízení, záchrannou službu a zdravotní pojišťovny a orgány správy sociálního zabezpečení povinnosti mlčenlivosti;
- b) zmocňují pojistitele, resp. jím pověřenou osobu, aby ve všech řízeních probíhajících v souvislosti se škodnou událostí mohli nahlížet do soudních, policejních, případně jiných úředních spisů a zhotovovat z nich kopie či výpisy;
- c) zmocňují pojistitele, resp. jím pověřenou osobu, k nahlédnutí do podkladů jiných pojišťoven v souvislosti s šetřením škodných událostí a s výplatou pojistných plnění;
- d) udělují zmocnění a zproštění mlčenlivosti i ve vztahu k dříve sjednaným pojištěním a vztahují se i na dobu po mé smrti nebo po zániku pojistníka, je-li právnickou osobou.

Přílohy:

1. Předmluvní informace
2. Informační dokument o pojistném produktu
3. VPP, DPP KÚD a DPP KUM
4. Seznam pojištěných – vzor
5. Stručná informace o zpracování osobních údajů
6. Sazebník pojistného
7. Oceňovací tabulky (A, B)
8. Prohlášení pojištěného k Pojistné smlouvě Krátkodobého úrazového pojištění dospělých osob (podle sazby KÚD)

Sepsáno, odsouhlaseno a podepsáno oběma stranami

V Praze dne 3.7.2023


.....
pojistitel


**SPOLEČNOST PRO ZAHRADNÍ
A KRAJINÁŘSKOU TVORBU, z.s.**
Plzeňská 247/59 +420 257 323 953 IČ 44684932
150 00 Praha 5 - Košice kancelar@szkt.cz DIČ CZ44684932


.....
pojistník

Získatel A

Michal Malík, Košická 50/11 101 00, Praha 10

SAB servis, Jungmannova 748/30, Nové Město (Praha 1), 110 00 Praha

Získatelské číslo SAB Servis 8171029, osobní číslo 711212

