SUCHANOVÁ

ev. číslo návrhu: 9523148034

**Generali Pojišťovna a.s.**
Bělehradská 132
120 84 Praha 2
Česká republika
Infolinka 800 150 155
(dále jen „pojistitel")

## Návrh na uzavření pojistné smlouvy investičního životního pojištění - Clever Invest (dále jen „návrh")

datum počátku pojištění 01/07/2007 doba trvání pojištění (pojistná doba) 19 let [X] návrh pojistníka

## Pojistník / pojištěný / adresa / kontaktní spojení (Je-li adresa trvalého pobytu odlišná, uveďte ji v odchylkách, nebo dodatcích k tomuto návrhu)

titul (před jménem): 
jméno: LUDMILA
titul (za jménem): 
rodné číslo: 6160010307
příjmení: SUCHANOVÁ
datum narození: 01/10/1961
[ ] muž [X] žena
státní příslušnost: ČR
současné, příp. i vedlejší povolání / OSVČ předmět podnikání: VLAKVEDOUCÍ
ulice: HOSTĚTICE
č. popisné: 17 / č. orientační: 
obec - část obce: TELČ
PSČ: 58856
telefon: 774520007
telefon: 
fax: 
e-mail: @

## Obmyšlené osoby v případě smrti pojištěného (nejsou-li určeny, nabývají práva na plnění osoby dle § 51 zákona o pojistné smlouvě)

| příjmení, jméno, titul (případně obchodní firma, název) nebo vztah k pojištěnému | datum narození / IČ | podíl v % |
|---|---|---|
| SUCHAN ERIK | 18/07/1994 | 100 |
| | | |

## Údaje k investičnímu životnímu pojištění a doplňkovému životnímu pojištění

investiční životní pojištění - tarif: Z65
[ ] IDZU [X] DDZU
pojistná částka pro případ smrti: 20 000,- Kč
pojistná částka (IDZU, DDZU): 100 000,- Kč
lékařská prohlídka: [ ] ano [ ] ne
indexace: [ ] ano [X] ne
měsíční / jednorázové pojistné (včetně příspěvku zaměstnavatele): =300,- Kč

## Údaje k doplňkovému úrazovému pojištění

| Varianta A se zdravotním dotazníkem | | | Varianta B bez zdravotního dotazníku | | | přirážka | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| UTZU | TNPU od 0,001 % | DOUU | UTZU | TNPU od 10 % | DOVU | přirážka | důvod přirážky |
| | 200 000,- | 150,- | | | | % | |

měsíční pojistné (včetně přirážky): =200,- Kč

Sportovní činnost (včetně trenérské i rozhodčí): [X] ne [ ] ano [ ] regionální úroveň [ ] vrcholová úroveň
Jaký sport?
Rizikové povolání? [X] ne [ ] ano

## Údaje k doplňkovému nemocenskému pojištění

**DONU** paušální denní dávka při pracovní neschopnosti od 29. dne Kč
**DOHU** denní dávka při pobytu v nemocnici od 1. dne Kč
měsíční pojistné Kč
zaměstnavatel / místo výkonu zaměstnání / u OSVČ IČ a místo výkonu podnikání (nutno vyplnit při sjednání DONU)
[ ] zaměstnanec [ ] OSVČ
telefon

## Rekapitulace pojistného / pojistné období / způsob placení

[ ] roční [ ] pololetní [ ] čtvrtletní [ ] měsíční [ ] jednorázové
[ ] poštovní poukázkou [X] bankovním převodem [ ] zaměstnavatelem srážkou ze mzdy

**celkový součet měsíčního / jednorázového pojistného za sjednané pojištění (nebo skutečně placené pojistné)**: =500,- Kč

pojistné dle způsobu placení = měsíční pojistné, x 3 (čtvrtletní), x 6 (pololetní), x 12 (roční) (včetně poplatku za lék. prohlídku) Kč

## Platba zaměstnavatele na investiční životní pojištění

název a sídlo zaměstnavatele
IČ
DIČ
výše platby Kč
způsob platby [ ] bankovním převodem (individuálně) [ ] fakturou (hromadně)
ZUK č.

## Investiční strategie - alokační poměr, celkový součet musí dosahovat hodnoty 100 %

[ ] **Progresivní globální strategie**
[X] **Balancovaná strategie**
[ ] **Zajištěná strategie**

**Vlastní strategie:** součet musí dosahovat 100 %; min. alokace do jednoho fondu činí 5 %

| Evropské fondy | podíl pojistného | Světové fondy | podíl pojistného | České fondy | podíl pojistného |
|---|---|---|---|---|---|
| Central and Eastern European Equities C | % | Global Life Style C | % | Akciový fond Generali | % |
| European Equities Dynamic C | % | Global Multi Utilities C | % | Smíšený fond Generali | % |
| ..................... | % | ..................... | % | Dluhopisový fond Generali | % |



Generali Pojišťovna a.s., se sídlem Bělehradská 132, 120 84 Praha 2, Česká republika, je zapsána v obchodním rejstříku, vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 2866.
IČ: 61859869, DIČ: CZ61859869; infolinka 800 150 155, www.generali.cz, e-mail: servis@generali.cz

## Prohlášení o zdravotním stavu pojištěného (není nutné vyplňovat při sjednání Z5ZU pro poj. částku 2 000 Kč a v případě sjednání UTZU, TNPU od 10 % a DOVU)

**Prohlášení o zdravotním stavu pojištěného:** Pojištěný tímto prohlašuje, že k datu podpisu tohoto návrhu je dle svého vědomí zdráv, není u něj přítomno ani diagnostikováno žádné onemocnění. Pojištěný dále prohlašuje, že není v pravidelné lékařské péči nebo pod pravidelným lékařským dohledem v důsledku zjištěného onemocnění s trvalým užíváním léků a tato lékařská péče, popř. pravidelný lékařský dohled v důsledku zjištěného onemocnění mu ani nebyla doporučena, dále mu nebylo doporučeno trvalé užívání léků. Dále prohlašuje, že v současné době není v pracovní neschopnosti a za uplynulých 12 měsíců nebyl v pracovní neschopnosti delší než 30 po sobě následujících dní. V případě, že pojištěný s prohlášením v tomto odstavci nesouhlasí, je povinen vyplnit zdravotní dotazník.

☐ **s výše uvedeným prohlášením souhlasím** ☐ **s výše uvedeným prohlášením nesouhlasím a nedílnou součástí návrhu je vyplněný zdr. dotazník**

## Zdravotní dotazník (pro pojistnou částku Z5ZU > 300 000 Kč, nebo při vstupním věku > 40 let, nebo v případě sjednání IDZU, DDZU, DOUU, TNPU od 0,001 %, DONU, DOHU)

jméno a adresa ošetřujícího (popř. také odborného) lékaře (u žen i popř. ošetřujícího gynekologa): MuDr RADEK [illegible], HORNÍ CEREKEV

telefon:

1. Výška postavy a tělesná váha:
2. Jste vystaven zvláštnímu nebezpečí? Jakému? Jak často?
3. Máte/měl jste zdravotní problémy, jste/byl jste pro nějaké onemocnění v lékařské péči (péči odborného lékaře)?
4. Uvažujete vyhledat v nejbližší době lékařskou pomoc, podrobit se léčení nebo diagnostickému vyšetření, operaci?
5. Byl jste v posledních 10 letech vyšetřován specialistou, operován, hospitalizován nebo v jiném ošetření nebo je/bylo Vám to doporučováno?
6. Užíval jste někdy nebo užíváte nyní pravidelně léky, drogy, návykové látky?
7. Bylo Vám provedeno nebo probíhá vyšetření ke zjištění HIV/AIDS ?
8. Dosavadní anomálie nebo vady? (krátkozrakost nad 7 dioptrií, nedoslýchavost, obrna, absence končetin, následky úrazů, lebeční a mozková traumata apod.).
9. Žádal jste/pobíral jste někdy nebo pobíráte invalidní důchod?
10. Trpíte nebo trpěl jste někdy alespoň jedním z následujících onemocnění: abnormálním krevním tlakem, onemocněním srdce, krve, žaludku, střev, jater, žlučníku, slinivky břišní, plic, kůže, ledvin, močového měchýře, pohlavního ústrojí, duševními nebo nervovými chorobami, depresemi, závislostí na alkoholu, epilepsií, cukrovkou, dnou, zvýšeným krevním tlakem, nádorovým onemocněním (i nezhoubným, cysty, myomy) nebo jinými poruchami zdraví?
11. Kouřil jste nebo kouříte? Kolik cigaret denně?
12. Konzumujete alkohol? Kolik denně spotřebujete:
13. Podrobil jste se protialkoholní či protidrogové léčbě nebo Vám byla doporučena nebo nařízena?
14. Jste v současné době v pracovní neschopnosti?
15. Byl jste v posledních 3 letech v pracovní neschopnosti delší než 3 týdny?
16. Musel jste se podrobit někdy radioterapii, rentgenové nebo izotopové terapii?
17. Trpíte nebo trpěl jste někdy potížemi či onemocněním páteře, kostí, kloubů?
18. Pouze pro ženy: Jste v současné době těhotná? Máte nebo měla jste problémy s otěhotněním (uveďte předchozí rizik. těhotenství), léčíte se pro neplodnost, byla u Vás zjištěna sterilita?
19. Měl jste úraz? Pokud ano, udejte druh a datum.
20. Máte trvalé následky způsobené úrazem? Pokud ano, udejte stupeň invalidity a kým bylo vyplaceno odškodné.
21. Měl jste operaci, úraz nebo zdravotní obtíže koleního kloubu? Pokud ano, udejte kterého a datum a místo provedení operace.
22. Provozujete sportovní činnost (včetně trenérské i rozhodčí)?
23. Vyskytly se ve Vaší rodině cévní mozkové příhody, nemoci srdce (např. infarkt), krevního oběhu, vysoký krevní tlak, onemocnění ledvin, cukrovka, poruchy metabolismu, rakovina nebo jiná nádorová onemocnění, vrozená a dědičná onemocnění?
24. Tuto tabulku je nutno vždy vyplnit v případě sjednání DDZU!

Odpovědi:

1. 166 cm 68 kg
2. ☒ ne ☐ ano
3. ☒ ne ☐ ano Jaké? Kdy?
4. ☒ ne ☐ ano Proč? Kdy?
5. ☒ ne ☐ ano Kdy? Jaké? Proč?
6. ☒ ne ☐ ano Kdy? Které? Kolik? Proč?
7. ☒ ne ☐ ano Kdy? Kde? S jakým výsledkem?
8. ☒ ne ☐ ano Jaké? Od kdy?
9. ☒ ne ☐ ano ☐ částečný ☐ plný Proč? Kdy?
10. ☒ ne ☐ ano Čím? Kdy, kde a jak dlouho jste byl ošetřován?
11. ☒ ne ☐ ano Jak dlouho? Počet?
12. ☒ ne ☐ ano Jaký? Kolik?
13. ☒ ne ☐ ano
14. ☒ ne ☐ ano Proč? Od kdy?
15. ☐ ne ☒ ano Proč? Kdy? Jak dlouho? BOLEST ZAD, 2 MĚSÍCE
16. ☒ ne ☐ ano Proč? Kdy? Kde? Jaké?
17. ☐ ne ☒ ano Jakými? Od kdy? [illegible], od 2002
18. ☒ ne ☐ ano Uveďte termín porodu.
    ☒ ne ☐ ano Od kdy?
19. ☒ ne ☐ ano
20. ☒ ne ☐ ano Jaké a rozsah postižení:
21. ☒ ne ☐ ano
22. ☒ ne ☐ ano ☐ regionální úroveň ☐ vrcholová úroveň Jaký sport?
23. ☐ ne ☒ ano

| | věk žijících | název nemoci nebo příčina smrti | věk při úmrtí |
|---|---|---|---|
| otec | — | CUKROVKA, RAKOVINA | 63 |
| matka | 66 | | — |
| sourozenci | 43 | | — |

## Pojistné podmínky, další ujednání, přílohy

Pojištění se řídí všeobecnými pojistnými podmínkami pro soukromé pojištění osob (VPP POS 2005/01) a zvláštními pojistnými podmínkami pro investiční životní pojištění (ZPP IŽP 2005/01), které tvoří nedílnou součást návrhu. Nedílnou součástí návrhu je zdravotní dotazník. Nezodpovězení některé z otázek uvedených ve zdravotním dotazníku bude považováno za zápornou odpověď. Nedílnou součást návrhu tvoří Informace pro klienta a Poučení subjektu údajů. Návrh je nutné vyhotovit v písemné formě. Odchylně od VPP POS 2005/01 se ujednává: V případě, že je pojistné nebo jeho část hrazena zaměstnavatelem pojištěného a tento zaměstnavatel není zároveň pojistníkem, činí lhůta uvedená v článku 4 odstavce 3 VPP POS 2005/01 dva měsíce. Je-li pro případ smrti sjednána pojistná částka 2000 Kč a běžné pojistné činí min. 10 000 Kč ročně, a současně není sjednáno žádné doplňkové pojištění, je do pojištění na dobu 1 roku od data jeho počátku automaticky bez zvýšení pojistného zahrnuto doplňkové pojištění pro případ smrti následkem úrazu pojištěného. V případě úhrady jednorázového pojistného se podmínka min. výše pojistného neuplatňuje. Pojistná částka doplňkového pojištění činí u pojištění s běžným pojistným 10 000 Kč, u pojištění s jednorázovým pojistným 10 % z jednorázového pojistného. Odchylně od ZPP IŽP 2005/01 cl. 2, písm. d) se ujednává: d) fondem je portfolio různých investičních instrumentů založené a spravované pojistitelem, nebo spravované správcem fondu určeným pojistitelem, nebo portfolio ve vlastnictví třetí osoby a spravované pojistitelem. Ustanovení ZPP IŽP 2005/01 platí shodně pro všechny fondy, jichž je pojistitel vlastníkem, správcem nebo distributorem.

**Doplňující odpovědi ke zdravotnímu dotazníku, odchylky, dodatky nebo přílohy k návrhu uveďte zde (v případě lékařské prohlídky uveďte jméno a adresu důvěrného lékaře pojistitele a datum prohlídky):**

Jiné podmínky nebyly dohodnuty.

**Prohlášení pojistníka / pojištěného**

Potvrzuji, že jsem převzal/a a před uzavřením pojistné smlouvy jsem byl/a seznámen/a se zněním všeobecných pojistných podmínek pro soukromé pojištění osob VPP POS 2005/01, zvláštních pojistných podmínek pro investiční životní pojištění ZPP IŽP 2005/01, platných pro sjednané druhy pojištění a jejich obsahu rozumím a s jejich obsahem souhlasím. Dále prohlašuji, že mi byly poskytnuty před uzavřením pojistné smlouvy přesným, 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 tento návrh na uzavření pojištění 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/a. 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. Prohlašuji, že pro sjednaná pojištění nejsem nepojistitelnou osobou ve smyslu ZPP IŽP 2005/01. 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, lékaře, zdravotnická zařízení, záchrannou službu povinnosti mlčenlivosti. Současně zmocňuji pojistitele, resp. jím pověřenou osobu, aby ve všech řízeních probíhajících v souvislosti se škodnou událostí mohla nahlížet do soudních, policejních, případně jiných úředních spisů a zhotovovat z nich kopie či výpisy. Současně se zavazuji informovat pojistitele o ošetřujících lékařích a zdravotnických zařízeních a zajišťovat od nich pojistitelem požadované zprávy. Zároveň pojistiteli uděluji souhlas k nahlížení do zdravotnické dokumentace a dále se zavazuji poskytnout mu veškeré informace shromážděné ve zdravotnické dokumentaci vedené o mé osobě a v jiných zápisech, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu nebo jejich poskytnutí zajistím. Zprošťuji mlčenlivosti a zmocňuji tímto ošetřující lékaře, zdravotnická zařízení, zdravotní pojišťovny a orgány správy sociálního zabezpečení k poskytnutí informací a dokladů ze zdravotnické dokumentace; dále pojistitele zmocňuji, aby si od lékařů a zdravotnických zařízení vyžadoval nutné informace o mém zdravotním stavu bez obsahového omezení. Zavazuji se zajistit na výzvu pojistitele bezodkladně veškeré informace o zdravotní péči, která mi byla poskytnuta lékaři a zdravotnickými zařízeními z veřejného zdravotního pojištění. Zároveň souhlasím s tím, aby pojistitel v případě potřeby ověřoval, zda pobírám invalidní důchod. Zmocňuji tímto pojistitele k nahlédnutí do podkladů jiných pojišťoven v souvislosti se šetřením škodných událostí a výplatou pojistného plnění. Výše uvedené souhlasy a zmocnění se vztahují 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 identifikační údaje a údaje o zdravotním stavu 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., o ochraně osobních údajů, (zejména pojišťovacími zprostředkovateli) pro účely pojišťovací činnosti a dalších činností vymezených zákonem č. 363/1999 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 a údajů o zdravotním stavu subjektům mezinárodního koncernu Generali a jeho zajišťovacím partnerům v souladu s právními předpisy pro účely a dobu uvedenou v předchozí větě. Odvoláním souhlasu se zpracováním osobních údajů pojistná smlouva zaniká, pojistitel dále neprovádí šetření škodných událostí a výplaty pojistných plnění. Dále souhlasím s tím, abych byl/a 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/a na mnou uváděnou korespondenční adresu nebo kontaktní spojení.
Zprošťuji pojistitele mlčenlivosti o mém pojištění a o případných škodných událostech ve vztahu k zajistiteli pro potřeby zajištění pojistitele. Souhlasím s tím, aby pojistitel pro potřeby identifikace účastníka obchodu podle zákona č. 61/1996 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti, pořídil fotokopii dokladu totožnosti, na jehož základě byla provedena identifikace. 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.

**Seznam zkratek:** IDZU - doplňkové pojištění plného invalidního důchodu, DDZU - doplňkové pojištění závažných onemocnění, TNPU - doplňkové pojištění trvalých následků úrazu s progresivním plněním, UTZU - doplňkové pojištění smrti úrazem, DOUU - denní odškodné za dobu nezbytného léčení úrazu, DOVU - denní odškodné za dobu léčení vyjmenovaných úrazů, DOHU - doplňkové pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici, DONU - doplňkové pojištění paušální denní dávky při pracovní neschopnosti.

## Pojišťovací zprostředkovatel

příjmení, jméno, titul (název) osoby oprávněné pojistitelem sepsat návrh a provést identifikaci:

podpis: [podpis]

registrační číslo přidělené ČNB:

osobní číslo:

telefonní číslo: 776086281

příjmení, jméno, titul osoby oprávněné pojistitelem k převzetí návrhu za pojistitele a identifikaci: HOLUB LADISLAV

příp. otisk razítka:

registrační číslo přidělené ČNB: 0133L0V7A

agenturní číslo: 135 2520-9

Osoba, která provedla identifikaci, prohlašuje, že podoba identifikované osoby je shodná s vyobrazením na průkazu totožnosti.

## Podpisy (nutno podepsat každý list)

datum: 10/06/2007

místo: TELČ

podpis pojistníka / pojištěného: [podpisy]

průkaz totožnosti pro identifikaci pojistníka (druh, číslo, vydán kým a kdy, doba platnosti): OP: 108394474, MěÚ TELČ 25.5.2016

podpis osoby oprávněné k převzetí návrhu za pojistitele: [podpis]