**Přihláška k pojištění
na základě Dohody o podmínkách pojištění odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb pro členy České lékařské komory č. 4901200001
(dále jen „Dohoda“)**

Tato dohoda byla uzavřena mezi Kooperativou pojišťovnou, a.s., Vienna Insurance Group (dále jen „Kooperativa“), a Českou lékařskou komorou. Upravuje podmínky pojištění odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb, pro které platí i Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění majetku a odpovědnosti P-100/09 (VPP) a Dodatkové pojistné podmínky pro pojištění odpovědnosti provozovatele zdravotnického zařízení za škodu P- 510/05 (DPP).

**Informace o pojistiteli dle zákona o pojistné smlouvě:**

obchodní firma: Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group

sídlo: Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika

registrace: Městský soud v Praze, spisová zn. B 1897

orgán dohledu: Česká národní banka, Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1

A. ÚDAJE O ZÁJEMCI O POJIŠTĚNÍ

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení/ Firma** | **Adresa trvalého bydliště (pro fyzické osoby) /** **sídla (pro právnické osoby):** |
| **Zastoupená kým (jméno, příjmení, funkce) – vyplnit pouze u právnických osob:** |
| **IČ:** | **RČ\*:** | **Telefon:** | **E-mail:** |
| **Korespondenční adresa (liší-li se od adresy trvalého bydliště/sídla):** |
| **\*** v případě právnické osoby vyplňte RČ osoby jednající za firmu**B. ÚDAJE O POSKYTOVATELI ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB** (*označte křížkem jednu variantu 1 nebo 2 a doplňte počty)* |
|  **1. Základní zařízení zdravotní péče** [ ]  ordinace fyziologie, balneologie a léčebná rehabilitace[ ]  ordinace revmatologická[ ]  ordinace alergologie a klinické imunologie[ ]  ordinace psychiatrická[ ]  ordinace neurologická, patologie a soudní lékařství[ ]  ordinace interní (vnitřní lékařství, diabetologie a endokrinologie, nefrologie, gastroenterologie, geriatrie)[ ]  hygiena a epidemiologie, mikrobiologie, hygienická stanice[ ]  ordinace ORL, dermatovenerologie[ ]  ordinace pneumologie a ftizeologie, urologická, biochemie, hematologie a transfúzní lékařství, onkologie, zařízení transfúzní služby, oční (oftalmologie), kardiologie, RTG laboratoř, radiologie a zobrazovací metody[ ]  ordinace gynekologie, chirurgie, rychlá záchranná služba, anesteziologie a intenzivní medicína[ ]  ordinace ortopedická[ ]  ostatní výše neuvedené obory |
| [ ]  **2. Sdružená zařízení zdravotní péče** (polikliniky a sdružená zdrav. zařízení, v jejichž ordinacích se poskytují základní nebo specializované služby) |
|  |
| **Počet lékařů\*):** | **Počet odborných zdravotnických pracovníků\*\*):** |
| **Počet zdrojů radioaktivního záření****(používaných k léčbě nebo diagnostice):** |

\*) Lékaři, kteří jsou k pojištěnému v pracovněprávním vztahu nebo pro něj (na jeho odpovědnost) vykonávají činnost na základě jiné než pracovní smlouvy. Je-li poskytovatel zdravotních služeb fyzická osoba–lékař, do celkového počtu lékařů se nezapočítává (tj. **pracuje-li poskytovatel zdravotních služeb sám, vyplní se 0**). Je‑li poskytovatel zdravotních služeb právnická osoba, započítávají se všichni lékaři.

\*\*) Odborní zdravotničtí pracovníci (**např. zdravotní sestry**), kteří jsou k pojištěnému v pracovněprávním vztahu nebo pro něj (na jeho odpovědnost) vykonávají činnost na základě jiné než pracovní smlouvy.

**C. ZÁKLADNÍ POJIŠTĚNÍ**

***(označte křížkem požadovaný rozsah pojištění, požadovaný limit pojistného plnění a spoluúčast - lze zvolit vždy jen jednu z nabízených možností)***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ] **profesní odpovědnost1) a odpovědnost za výrobek 2) („PV“)**[ ] **profesní odpovědnost, odpovědnost za výrobek a obecná odpovědnost 3) („PVO“)****Tabulka č. 1 - Limit pojistného plnění (vč. limitu ochrany osobnosti):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Limit pojistného plnění** **pro základní pojištění (Kč)** | **Omezený limit plnění pro pojištění** **náhrady nemajetkové újmy (Kč)** |
|[ ]  1 000 000  | 400 000 |
|[ ]  2 000 000 | 500 000 |
|[ ]  3 000 000 | 600 000 |
|[ ]  4 000 000 | 700 000 |
|[ ]  5 000 000 | 800 000 |
|[ ]  10 000 000 | 1 200 000 |
|[ ]  15 000 000 | 1 500 000 |
|[ ]  20 000 000 | 2 000 000 |

**Tabulka č. 2 - Spoluúčast:**

|  |
| --- |
| **Spoluúčast (Kč)** |
|[ ]  1 000 |
|[ ]  2 500 |
|[ ]  5 000 |
|[ ]  10 000 |
|[ ]  20 000 |

 |

1) **Profesní odpovědnost** = pojištění pro případ právním předpisem stanovené odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb za škodu vzniklou jinému v souvislosti s poskytováním zdravotní péče.

2) **Odpovědnost za výrobek** = odpovědnost za škodu způsobenou jinému vadou výrobku, který byl uveden na trh v době trvání pojištění (dle DPP jsou vyloučeny škody způsobené výrobkem, jehož součástí jsou látky pocházející z lidského těla, např. tkáně, orgány, krev, moč, nebo z těchto látek získané deriváty nebo biosyntetické látky)

3) **Obecná odpovědnost** = odpovědnost za škodu vzniklou jinému v souvislosti s provozem NZZ; vztahuje se i na odpovědnost za škody vyplývající z vlastnictví, držby nebo jiného oprávněného užívání nemovitosti sloužící k výkonu činnosti

**D. DODATKOVÁ POJIŠTĚNÍ**

***(označte křížkem požadovaná dodatková pojištění resp. doplňte požadovaný omezený limit plnění)***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D1. Dodatková pojištění, která lze sjednat k jakémukoliv základnímu pojištění, tj. PV, PVO*** **omezený limit plnění nesmí přesáhnout limit sjednaný pro základní pojištění**
* **omezený limit plnění musí být násobkem 50 000 Kč (min. výše je 50 000 Kč)**

[ ]  **Přenos viru HIV**

|  |
| --- |
| Odpovědnost za škodu způsobenou **přenosem viru HIV** s omezeným limitem plnění do výše maximálně 1.000.000 Kč v rámci limitu pojistného plnění sjednaného pro základní pojištění. Roční pojistné za toto dodatkové pojištění se stanoví ve výši 5 ‰ omezeného limitu plnění. Toto dodatkové pojištění se sjednává se spoluúčastí 2.500 Kč.  |
| Doplňte požadovaný omezený limit plnění…………….………Kč *(max. 1 000 000 Kč)* |

[ ]  **Zavlečení nebo rozšíření nakažlivé choroby lidí**

|  |
| --- |
| Odpovědnost za škodu způsobenou **zavlečením nebo rozšířením nakažlivé choroby lidí** s omezeným limitem plnění do výše maximálně 1.000.000 Kč v rámci limitu pojistného plnění sjednaného pro základní pojištění. Roční pojistné za toto dodatkové pojištění se stanoví ve výši 5 ‰ omezeného limitu plnění. Toto dodatkové pojištění se sjednává se spoluúčastí 2.500 Kč.  |
| Doplňte požadovaný omezený limit plnění…………….………Kč *(max. 1 000 000 Kč)* |

[ ]  **Plastická nebo kosmetická chirurgie**

|  |
| --- |
| Odpovědnost za škodu způsobenou výkonem **plastické nebo kosmetické chirurgie pouze pro estetické účely** s omezeným limitem plnění do výše maximálně 2.000.000 Kč v rámci limitu pojistného plnění sjednaného pro základní pojištění. Roční pojistné za toto dodatkové pojištění se stanoví ve výši 20 ‰ omezeného limitu plnění. Toto dodatkové pojištění se sjednává se spoluúčastí 50.000 Kč.  |
| Doplňte požadovaný omezený limit plnění…………….………Kč *(max. 2 000 000 Kč, ne však více než je limit plnění pro základní pojištění)* |

[ ]  **Umělé přerušení těhotenství**

|  |
| --- |
| Odpovědnosti za škodu způsobenou **umělým přerušením těhotenství**, jedná-li se o zdravotní výkon neposkytovaný na základě zdravotního pojištění, tzn. výkon za přímou finanční úhradu. Roční pojistné za toto dodatkové pojištění se stanoví ve výši 5 ‰ omezeného limitu plnění. Toto dodatkové pojištění se sjednává se spoluúčastí ve výši 2.500 Kč. |
| Doplňte požadovaný omezený limit plnění…………….………Kč  |

[ ]  **Nemajetková újma (ochrana osobnosti) – zvýšení omezeného limitu**

|  |
| --- |
| **Zvýšení omezeného limitu plnění pro pojištění povinnosti k peněžité náhradě nemajetkové újmy** způsobené neoprávněným zásahem do práva na ochranu osobnosti uvedeného v čl. III. odst. 8 dohody, Tabulce 5, a to do výše maximálně 5.000.000 Kč ze všech pojistných událostí vzniklých z tohoto pojištění v průběhu jednoho pojistného roku.Roční pojistné za toto dodatkové pojištění se stanoví ve výši 5 ‰ z rozdílu mezi zvolenou výší omezeného limitu plnění pro toto dodatkové pojištění a omezeným limitem plnění uvedeným v Tabulce č. 1 přihlášky. Spoluúčast pro toto dodatkové pojištění je shodná se spoluúčastí sjednanou pro základní pojištění. |
| Doplňte celkovou výši požadovaného omezeného limitu plnění pro pojištění nemajetkové újmy …………….……………... Kč *(max. 5 000 000 Kč, ne však více než je limit plnění pro základní pojištění)*  *Pozn. až do výše uvedené v Tabulce 1 výše je toto pojištění zahrnuto v základním pojištění bez navýšení pojistného* |

[ ]  **Péče v jiném zdravotnickém zařízení (s výjimkou lůžkových)**

|  |
| --- |
| Odpovědnosti za škodu způsobenou pojištěným při poskytování zdravotní péče v oboru vymezeném v oprávnění k poskytování zdravotních služeb, která je pojištěným poskytována **na základě smlouvy s jiným poskytovatelem zdravotních služeb neposkytujícím lůžkovou zdravotní péči** (nikoli však v pracovněprávním vztahu) mimo zdravotnické zařízení v místě uvedeném v oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Tím není dotčeno ustanovení čl. II. DPP.Omezený limit plnění pro toto dodatkové pojištění je shodný s limitem pojistného plnění sjednaným pro základní pojištění.V případě sjednání tohoto dodatkového pojištění se vypočtené pojistné pro základní pojištění zvyšuje o 10%.Spoluúčast pro toto dodatkové pojištění je shodná se spoluúčastí sjednanou pro základní pojištění. |

[ ]  **NEBO Péče v jiném zdravotnickém zařízení (včetně lůžkových) – např. operace**

|  |
| --- |
| Odpovědnosti za škodu způsobenou pojištěným při poskytování zdravotní péče v oboru vymezeném v oprávnění k poskytování zdravotních služeb, která je pojištěným poskytována **na základě smlouvy s jiným poskytovatelem zdravotních služeb poskytujícím také lůžkovou zdravotní péči** (nikoli však v pracovněprávním vztahu) mimo zdravotnické zařízení v místě uvedeném v oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Tím není dotčeno ustanovení čl. II. DPP.Omezený limit plnění pro toto dodatkové pojištění je shodný s limitem pojistného plnění sjednaným pro základní pojištění.V případě sjednání tohoto dodatkového pojištění se vypočtené pojistné pro základní pojištění zvyšuje o 30%.Spoluúčast pro toto dodatkové pojištění je shodná se spoluúčastí sjednanou pro základní pojištění |

*(V případě poskytovatelů zdravotních služeb v oboru „anesteziologie a resuscitace“ je poskytování zdravotních služeb mimo zdravotnické zařízení v místě uvedeném v oprávnění k poskytování zdravotních služeb zahrnuto v základním pojištění.)*[ ]  **Čistá finanční škoda**

|  |
| --- |
| Odpovědnosti za **čistou finanční škodu**. Z tohoto dodatkového pojištění má pojištěný právo, aby v případě pojistné události pojistitel nad rámec čl. I. odst. 3 písm. a) DPP P-510/05 uhradil také škodu, která nemá povahu škody na zdraví, životě nebo na věci ani z takové škody nevyplývá, pokud byla taková škoda prokazatelně způsobena chybou pojištěného při **předpisu zdravotní pomůcky nebo prostředku** v rámci poskytování zdravotní péče, na kterou se vztahuje pojištění profesní odpovědnosti sjednané touto pojistnou smlouvou.Toto dodatkové pojištění se nevztahuje na odpovědnost za škodu způsobenou v souvislosti s porušením práv vyplývajících z autorského, průmyslového nebo jiného duševního vlastnictví, porušením povinnosti mlčenlivosti, nesplněním nebo prodlením se splněním povinnosti, finanční či platební transakcí, překročením nákladů nebo rozpočtů, zpracováním dat nebo údajů.Toto dodatkové pojištění lze sjednat s omezeným limitem plnění do výše 200.000 Kč ze všech pojistných událostí vzniklých v průběhu jednoho pojistného roku v rámci limitu pojistného plnění sjednaného pro základní pojištění.Roční pojistné za toto dodatkové pojištění se stanoví ve výši 5 ‰ omezeného limitu plnění. Toto dodatkové pojištění se sjednává se spoluúčastí 10%, min. 2.500 Kč. |
| Doplňte požadovaný omezený limit plnění…………….………Kč *(max. 200 000)* |

[ ]  **Retroaktivní datum** *(pouze u klientů dosud nepojištěných u Kooperativy)*

|  |
| --- |
| Nejedná-li se o náhradu pojistné smlouvy uzavřené u Kooperativy, lze dodatkově **sjednat retroaktivní datum pro pojištění profesní odpovědnosti, maximálně 36 měsíců před sjednaným počátkem pojištění** (pouze v celých měsících). V případě sjednání retroaktivního data podle věty první se celkové roční pojistné zvyšuje o 5% za každý měsíc, o nějž retroaktivní datum předchází sjednanému datu počátku pojištění.  Pojistitel není povinen poskytnout plnění ze škodných událostí, jejichž příčina nastala po retroaktivním datu (resp. v době, pro niž je sjednáno retroaktivní krytí) a současně před sjednaným dnem počátku pojištění, pokud:a) pojištěnému bylo nebo mohlo být v době uzavření této pojistné smlouvy známo porušení právní povinnosti nebo jiná právní skutečnost, která by mohla být důvodem vzniku práva na plnění z této pojistné smlouvy. (To neplatí v případě, že pojištěný byl bezprostředně před uzavřením pojistné smlouvy pojištěn u Kooperativy a příčina škody nastala v době trvání tohoto jeho pojištění.) b) v souvislosti se škodnou událostí bylo nebo mohlo být uplatněno právo na plnění z pojištění odpovědnosti za škodu sjednaného ve prospěch pojištěného na základě jiné pojistné smlouvy, nezávisle na tom, se kterým pojistitelem byla uzavřena. |
| Doplňte počet měsíců, o který má retroaktivní datum předcházet počátku pojištění…………….……… *(max. 36 měsíců)* |

**D2. Dodatková pojištění, která lze sjednat jen k základnímu pojištění zahrnujícímu pojištění obecné odpovědnosti, tj. PVO*** **omezený limit plnění nesmí přesáhnout limit sjednaný pro základní pojištění**
* **omezený limit plnění musí být násobkem 50 000 Kč (min. výše je 50 000 Kč)**

[ ]  **Náklady zdravotních pojišťoven/ regresy nemocenských dávek (zaměstnanci pojištěného)**

|  |
| --- |
| Je-li sjednáno základní pojištění v rozsahu zahrnujícím pojištění obecné odpovědnosti, lze sjednat dodatkové pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou vynaložením oprávněných **nákladů léčení zdravotní pojišťovnou na zdravotní péči poskytovanou zaměstnanci pojištěného**, který utrpěl tělesnou újmu v důsledku pracovního úrazu nebo nemoci z povolání. Toto dodatkové pojištění se vztahuje obdobně i na **regresní náhradu, kterou je pojištěný povinen zaplatit orgánu nemocenského pojištění**, pokud v důsledku jeho zaviněného protiprávního jednání zjištěného soudem nebo správním úřadem došlo ke skutečnostem rozhodným pro vznik nároku na dávku nemocenského pojištění zaměstnanci pojištěného, který utrpěl tělesnou újmu v důsledku pracovního úrazu nebo nemoci z povolání. Roční pojistné za toto dodatkové pojištění se stanoví ve výši 5 ‰ omezeného limitu plnění. Toto dodatkové pojištění se sjednává se spoluúčastí ve výši 2.500 Kč. |
| Doplňte požadovaný omezený limit plnění…………….………Kč  |

[ ]  **Věci užívané**

|  |
| --- |
| Je-li sjednáno základní pojištění v rozsahu zahrnujícím pojištění obecné odpovědnosti, lze sjednat dodatkové pojištění odpovědnosti za škodu na **movité věci, kterou pojištěný oprávněně užívá** (kromě škody na užívaném motorovém vozidle). Roční pojistné za toto dodatkové pojištění se stanoví ve výši 5 ‰  omezeného limitu plnění. Toto dodatkové pojištění se sjednává se spoluúčastí ve výši 2.500 Kč (např. zařízení ordinace užívané na základě nájemní nebo leasingové smlouvy) |
| Doplňte požadovaný omezený limit plnění…………….…….Kč  |

[ ]  **Věci převzaté**

|  |
| --- |
| Je-li sjednáno základní pojištění v rozsahu zahrnujícím pojištění obecné odpovědnosti, lze sjednat dodatkové pojištění odpovědnosti za škodu na **movité věci, kterou pojištěný převzal** za účelem provedení objednané činnosti. Roční pojistné za toto dodatkové pojištění se sjednává ve výši 4 ‰ omezeného limitu plnění. Toto dodatkové pojištění se sjednává se spoluúčastí ve výši 2.500 Kč *(např. převzetí cenností pacienta do úschovy při jeho hospitalizaci v nemocnici či převzetí ortopedické pomůcky či brýlí za účelem opravy)* |
| Doplňte požadovaný omezený limit plnění…………….………Kč  |

 |

**E. POČÁTEK POJIŠTĚNÍ A ZPŮSOB PLACENÍ POJISTNÉHO**

*(označte křížkem požadovanou frekvenci placení pojistného a způsob placení)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pojištění vznikne dnem uvedeném na prezentačním razítku pojistitele, pokud máte zájem o pozdější datumvzniku pojištění, uveďte je .........................

|  |
| --- |
| **Uveďte frekvenci placení pojistného:**  |
|  [ ]  1x ročně | [ ]  2x ročně | [ ]  4x ročně |

|  |
| --- |
| **Pojistné bude placeno:** |
| [ ]  převodním příkazem s připomenutím platby |
| [ ]  poštovní poukázkou |

 |

**F. JINÁ POJIŠTĚNÍ ZÁJEMCE O POJIŠTĚNÍ NA STEJNÉ POJISTNÉ RIZIKO**

***(vyplňují fyzické či právnické osoby při přepracování smlouvy pod Dohodu s ČLK)***

|  |
| --- |
| Prohlašuji, že v současné době (zaškrtněte jednu možnost a doplňte):**** [ ]  mám uzavřeno u Kooperativy jiné pojištění odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb; žádám tímto o ukončení tohoto dřívějšího pojištění ke dni počátku nového pojištění Číslo pojistné smlouvy dřívějšího pojištění: ……………………………………**** [ ]  nemám uzavřeno pojištění odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb u žádné pojišťovny *nebo* mám uzavřeno pojištění odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb u jiné pojišťovny, než je Kooperativa, toto pojištění však bude k počátku pojištění u Kooperativy ukončeno**** [ ]  mám souběžně uzavřeno pojištění odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb u jiné pojišťovny, než je Kooperativa, a toto pojištění bude i nadále pokračovat souběžně s pojištěním u KooperativyNázev pojišťovny, kde je jiné pojištění uzavřeno:………………………………Číslo pojistné smlouvy:………………………………………Limit pojistného plnění: ………………………………………………………Spoluúčast:………………………………………………………….. |

**G. NÁSTUPNICKÁ PRÁVNICKÁ OSOBA** - pouze pro s.r.o. event. jiné právnické osoby poskytující zdravotní služby po „přechodu“ z fyzické osoby *(zaškrtněte a doplňte)*

***(vyplňují právnické osoby při přechodu z fyzické na právnickou osobu)***

|  |
| --- |
| [ ]  Žádáme o zahrnutí fyzické osoby (dosavadního poskytovatele, našeho předchůdce) do pojištění.Údaje o dosavadním poskytovateli (fyzické osobě):Titul, jméno a příjmení:………………………………Rodné číslo: ……………………… IČ: ………………………Adresa trvalého bydliště:………………………………………Číslo pojistné smlouvy fyzické osoby uzavřené u Kooperativy:………………………………………Datum ukončení poskytování zdravotních služeb fyzickou osobou:………………………………………Zájemce o pojištění prohlašuje, že:a) pokračuje v poskytování zdravotních služeb v rozsahu a za podmínek, v jakém byly poskytovány výše uvedenou fyzickou osobou,b) výše uvedená fyzická osoba je jeho společníkem a současně odborným zástupcem. |

**H. PŘÍLOHA K TÉTO PŘIHLÁŠCE**

|  |
| --- |
| K této přihlášce musí být přiložena kopie Rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb (dříve Registrace nestátního zdravotnického zařízení)**.** Tuto kopii lze zaslat na e-mailovou adresu jsoukup1@koop.cz, kancelar-vip@koop.cz nebo poštou na adresu Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Úsek řízení vnějšího obchodu, Odbor přímého prodeje, Pobřežní 665/21, Praha 8, 186 00 či na faxové číslo 956 449 016 nebo 956 449 000.Je-li poskytovatele zdravotních služeb právnická osoba, přiložte též kopii výpisu z obchodního rejstříku. |

Prohlášení zájemce o pojištění:

Výše uvedený zájemce o pojištění prohlašuje, že

* je oprávněn poskytovat zdravotní služby
* chce být pojištěn na základě výše uvedené Dohody v rozsahu, který výše uvedl
* všechny údaje uvedené na této přihlášce k pojištění odpovídají skutečnosti, a bere na vědomí, že je povinen v průběhu doby trvání pojištění bez zbytečného odkladu oznámit všechny jejich případné změny
* byl informován o rozsahu a účelu zpracování svých osobních údajů a o právu přístupu k nim v souladu s ustanovením § 11 zákona o ochraně osobních údajů.

Zájemce – fyzická osoba dále prohlašuje, že je členem České lékařské komory.

Zájemce – právnická osoba dále prohlašuje, že alespoň jedním společníkem je člen České lékařské komory a zároveň je ustanoven odborný zástupce, který je členem České lékařské komory.

Poznámky:

|  |
| --- |
|  |

V..........................dne ……………………

………………………………………………

 **Podpis zájemce o pojištění\*)**

\*) Při zaslání přihlášky k pojištění elektronickou cestou není nutné vyplnit; výše uvedené Prohlášení zájemce o pojištění se v tomto případě považuje za odsouhlasené i bez podpisu.