



ACE European Group Ltd,
organizační složka
IBC
Pobřežní 620/3
186 00 Praha 8

+420 222 351 251 *tel*
+420 222 351 291 *fax*

www.aceeuropeangroup.com

DOTAZNÍK PRO SKUPINOVÉ POJIŠTĚNÍ ÚRAZU A NEMOCI

Informace o žadateli

Jméno společnosti IČ	
Hlavní činnost žadatele (na základě živnosti či koncese) Doplňte případně ostatní činnosti vykonávané podle jiných oprávnění	
Počet zaměstanců	

Požadovaný rozsah pojistného krytí

	POJISTNÉ ČÁSTKY (Kč)	
	Varianta I	Varianta II
Smrt následkem úrazu		
Úplná trvalá invalidita následkem úrazu		
Trvalé tělesné poškození následkem úrazu <input type="checkbox"/> lineární plnění		
<input type="checkbox"/> progresivní plnění (4násobek)		
Dočasná pracovní neschopnost		
Zlomeniny		
Popáleniny		
Denní odškodné při hospitalizaci (vyberte jen 1 z nabízených možností)		
- následkem úrazu		
- následkem úrazu nebo nemoci		
Chirurgický zákrok (vyberte jen 1 z nabízených možností)		
- následkem úrazu		
- následkem úrazu a nemoci		
Pojištění závažných onemocnění		
Pojištění nákladů na pohřeb		
Náklady na rekvalifikaci		
Náklady na služby v domácnosti		
Jiné		
Jiné		
Jiné		

Požadovaná doba pojistného krytí (označte)

jen pracovní doba	24 h denně, 365 dní v roce	jinak stanovená doba
-------------------	----------------------------	----------------------



ACE European Group Ltd,

organizační složka

IBC

Pobřežní 620/3

186 00 Praha 8

+420 222 351 251 *tel*

+420 222 351 291 *fax*

www.aceeuropeangroup.com

Kategorie zaměstnanců

	Počet zaměstnanců v kategorii celkem	Počet pojištěných zaměstnanců (pokud je jiný)	Počet cestovních dní
Vedení společnosti, marketing, prodej, administrativa			
Techničtí pracovníci			
Dělníci, montéři, řidiči*			
Rizikové profese * (prosím specifikujte)			
Ostatní * (prosím specifikujte)			

* Pokud zaměstnanci vykonávají v zahraničí jakoukoli manuální pracovní činnost, prosím specifikujte činnost a místo, kde je vykonávána:

Jakékoli specifické požadavky a doplňující informace.:

.....

.....

Uveďte prosím počet a povahu pojistných událostí (dosavadní škodní průběh):

Rok: počet událostí celkem: z toho smrt úrazem: trvalé následky úrazu:

Rok: počet událostí celkem: z toho smrt úrazem: trvalé následky úrazu:

Rok: počet událostí celkem: z toho smrt úrazem: trvalé následky úrazu:

Požadovaný počátek pojištění:.....

PROHLÁŠENÍ

Prohlašujeme, že údaje a podrobnosti v tomto dotazníku jsou pravdivé, a že jsme neuvadli nesprávně, ani nezatajili žádné závažné skutečnosti. Souhlasíme s tím, aby se tento dotazník, spolu s dalšími informacemi, které poskytneme, stal základem uzavření pojistné smlouvy. Zavazujeme se, že budeme informovat pojistitele o jakýchkoli podstatných změnách ohledně výše uvedených skutečností, ke kterým došlo před nebo po uzavření pojistné smlouvy. Podpis tohoto dotazníku nezavazuje pojistitele aniž žadatele k uzavření pojistné smlouvy.

Jménem společnosti vyplnil:

Datum _____

Jméno: _____

Podpis: _____

Razítko: _____