

Dotazník pro pojištění profesní odpovědnosti z činnosti soudního tlumočnicka a výkonu tlumočnické a překladatelské činnosti, uzavírané na základě Rámcové smlouvy o spolupráci mezi Generali Pojišťovna a.s. a Komorou soudních tlumočnicků České republiky



I. Informace o zájemci o pojištění / členovi Komory soudních tlumočnicků České republiky

příjmení, jméno, titul (název právnické osoby)

rodné číslo / IČO

sídlo

telefon

fax

e-mail

číslo účtu

kód banky

Bankovní spojení

II. Požadovaný rozsah základního pojištění profesní odpovědnosti (zájemce o pojištění označí požadovaný druh pojištění)

standardní „paušální“ pojištění odpovědnosti pro veškerou činnost soudního tlumočnicka vč. výkonu tlumočnické a překladatelské činnosti nad rámec činností specifikovaných zák. č. 36/1967 Sb.

limit pojistného plnění  Kč

III. Požadované připojištění k základnímu rozsahu pojištění odpovědnosti (zájemce o pojištění označí požadovaný druh pojištění)

Věci zaměstnanců / návštěvníků dle DPP OP 05

Svět kromě USA a Kanady dle DPP OP 02

Nemajetková újma na přirozených právech člověka dle DPP OP 11 KST

požadovaný limit pojistného plnění  Kč

Uplatnění škody po skončení pojištění dle DPP OP 16 KST

Zpětné krytí dle DPP OP 15

IV. Požadovaný počátek pojištění

počátek pojištění

Poznámka: počátek pojištění je možný nejdříve ode dne následujícího po obdržení vyplněného dotazníku zplnomocněným makléřem WI-ASS ČR s. r. o.

V. Informace o škodách nebo jiných újmách a dosavadním pojistném krytí

a) Byly v minulosti nebo v současné době proti navrhovateli nebo jiné osobě činné pro navrhovatele uplatněny jakékoli nároky na náhradu škody nebo újmy v souvislosti s činností soudního tlumočnicka nebo výkonu tlumočnické a překladatelské činnosti.  ano  ne

pokud ano, uveďte podrobnosti:

b) Je si zájemce o pojištění nebo kdokoli z jiných osob činných pro zájemce o pojištění vědom jakýchkoli okolností, které mohou být příčinou uplatnění nároku na náhradu škody nebo újmy?  ano  ne

pokud ano, uveďte podrobnosti

c) Kdo je váš dosavadní (současný) pojistitel (včetně údajů o pojistném krytí) na pojištění odpovědnosti, které má být sjednáno dle tohoto dotazníku?

d) Byla v minulosti některá vaše pojistná smlouva na pojištění profesní odpovědnosti zrušena pojistitelem a pokud ano, z jakého důvodu?  ano  ne

pokud ano, uveďte podrobnosti

VI. Podpis zájemce o pojištění

datum

místo

podpis

VII. Potvrzení pověřenou makléřskou společností WI-ASS ČR s. r. o.

datum

místo

podpis

pojistné dle zvoleného rozsahu pojištění

eventuální výše jednorázové přírážky

pojistné pro první pojistné období

 Kč Kč Kč

Pro vypracování pojistné smlouvy prosím dodejte:

vyplněný dotazník a potvrzenou plnou moc, vše zašlete naskenované na e-mail uvedený zplnomocněným makléřem WI-ASS ČR s. r. o.

jméno makléře

telefon

mobil

e-mail

dotazy na

