

# INFORMOVANÝ SOUHLAS POJIŠTĚNÉHO S ÚČASTÍ NA SKUPINOVÉM ÚRAZOVÉM POJIŠTĚNÍ

Pojištěný/á: jméno a příjmení:

.....

nar.:

.....

bydliště: .....

zákonný zástupce: .....

telefon: .....

email: .....

jakožto člen sportovní organizace pojistníka (amatérský sportovec) (dále  
jen „pojištěný“)

I.

Pojištěný je srozuměn s tím, že Tělovýchovná jednota Březiněves má oprávněnou potřebu chránit život a zdraví svých členů před následky pojistných událostí vzniklých v přímé souvislosti s jím organizovanou sportovní činností a bere tímto na vědomí, že Tělovýchovná jednota Březiněves jakožto pojistník sjednal ve prospěch svých členů skupinové úrazové pojištění (dále jen „skupinové úrazové pojištění“) a to na základě pojistné smlouvy č.1425439893 dále jen „pojistná smlouva“) uzavřené dne 13.1.2026 mezi následujícími smluvními stranami:

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group

IČO: 47116617 sídlem Pobřežní 665/21, 186 OO Praha 8, Česká republika zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, spis. zn. B 1897 jakožto pojistitel (dále jen „pojistitel“)

A

Název klubu: Tělovýchovná jednota Březiněves

IČO: 15891542

Sídlem: Na hlavní 149/31, Praha, Březiněves 182 00

Zapsaný ve spolkovém rejstříku vedeném krajským soudem v Praze pod spis. zn. L 1649/MSPH, zastoupený panem Ing. Janem Vocelem, předseda klubu jakožto pojistník (dále jen pojistník)

II.

Pojištěný prohlašuje a svým podpisem níže stvrzuje, že se seznámil s obsahem pojistné smlouvy a je mu známo, jakým způsobem zpracovává pojistitel jeho osobní údaje.

Pojištěný tímto vyslovuje neomezený a bezvýhradný souhlas se svou účastí na skupinovém úrazovém pojištění.

Pojištěný byl informován a bere tímto na vědomí, že svůj souhlas s účastí na skupinovém úrazovém pojištění může kdykoliv písemně odvolat.

III.

Pojištěný bere na vědomí, že v případě vzniku pojistné události, která je předmětem skupinového úrazového pojištění sjednaného pojistnou smlouvou, pojistník pojištěnému po vzájemné dohodě zajistí nadstandardní zdravotní a rehabilitační služby, a to v hodnotě, jejíž souhrnná výše nepřekročí hodnotu pojistného plnění vztahujícího se k předmětné pojistné události.

Pojištěný výslovně prohlašuje, že v případě, kdy mu pojistitel v přímé souvislosti se vznikem pojistné události, která je předmětem skupinového úrazového pojištění sjednaného pojistnou smlouvou, poskytne pojistné plnění (dále jen „pojistné plnění“), daruje finanční částku rovnající se pojistnému plnění ve prospěch pojistníka na bankovní účet: 2223319480/0600

V Praze dne

Zákonný zástupce pojištěného:

Pojištěný:

---

Podpis