

# Dotazník pro pojištění profesní odpovědnosti z činnosti zapsaných mediátorů uzavírané na základě rámcové smlouvy č. 29 P 30 mezi Generali Pojišťovna a.s. a Českou advokátní komorou



## I. Informace o zájemci o pojištění / zapsaném mediátorovi a členovi ČAK

příjmení, jméno, titul (název právnické osoby)	IČO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
sídlo	<input type="text"/>	
telefony	fax	e-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
bankovní spojení	číslo účtu	kód banky
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## II. Požadovaný rozsah základního pojištění profesní odpovědnosti

profesní pojištění odpovědnosti limit pojistného plnění  Kč

## III. Požadované připojištění k základnímu rozsahu pojištění odpovědnosti

Zahraniční pojistné krytí – Evropa dle DPP OP 01  Nemajetková újma na přirozených právech člověka dle DPP O 17 MED  
 Nemajetková újma na přirozených právech člověka dle DPP OP 11  Zpětné krytí (max. 1 rok) dle DPP OP 15

## IV. Informace o škodách nebo jiných újmách a dosavadním pojistném krytí

a) Byly v minulosti nebo v současné době proti zájemci o pojištění nebo jiné osobě pro něj činné uplatněny jakékoli nároky na náhradu škody nebo jiné újmy v souvislosti s činností zapsaného mediátora?  ano  ne

Pokud ano, uveďte podrobnosti:

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

Pokud ano, uveďte podrobnosti:

c) Kdo je váš dosavadní (současný) pojistitel (včetně údajů o pojistném krytí)?

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

Pokud ano, uveďte podrobnosti:

## V. Požadovaný počátek pojištění

počátek pojištění  zpětné krytí ode dne  Poznámka: počátek pojištění je možný nejdříve ode dne následujícího po obdržení vyplněného dotazníku pověřeným makléřem.

## 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

## Pro vypracování pojistné smlouvy prosím dodejte:

vyplněný dotazník na adresu makléře WI-ASS ČR s.r.o., kancelář Na Florenci 15, 110 00 Praha 1, nebo scan dotazníku na e-mailovou adresu makléře: chovanec@wiass.cz.

dotazy na telefon  mobil  e-mail

