



HCC Specialty Ltd.
40 Lime Street
London EC3M 5BS, United Kingdom
main +44 (0)20 7929 3223 facsimile +44 (0)20 7626 5470

HCC Specialty

Návrh pojištění klíčových osob - úraz a nemoc Key Man Proposal Form



Important Notice

All questions must be answered to enable a quotation to be given. Completing and signing the Proposal does not bind the Proposers or Underwriters to enter a contract of insurance. However, please note that if cover is taken up the contents of this form are material.

Please Note that Underwriters may not provide cover if any part of this form is Left Blank

If there is insufficient space to answer questions, please use an additional sheet and attach it to this form (please indicate section number). Every question must be answered fully and correctly by the person to be insured or on his behalf by the Proposer in ink.

Důležité upozornění

Všechny otázky musí být zodpovězeny, aby bylo možné zpracovat nabídku pojištění. Zkompletování a podpis tohoto návrhu nezavazuje navrhovatele nebo pojistitele k uzavření pojistné smlouvy. Nicméně vezměte prosím na vědomí, že pokud k uzavření pojištění dojde, obsah tohoto formuláře je pro pojištění podstatný.

Veďte prosím na vědomí, že pojistitelé nemusí pojištění poskytnout, pokud některá část tohoto formuláře zůstane nevyplněna.

V případě, ne nepostačuje místo na zodpovězení otázek, použijte prosím volný list papíru a přiložte k tomuto formuláři (označte prosím číslo sekce, ke které se dodatek vztahuje). Každá z otázek musí být zodpovězena úplně pojištěným nebo v jeho zastoupení navrhovatelem, a to vlastní rukou.

Name & Address of the Proposer - Jméno a adresa navrhovatele

The following questions all relate to the Insured Person

Následující otázky se týkají pojištění osoby

Name & Address of the Insured Person
Jméno a adresa pojištěné osoby

Date of Birth
Datum narození

Nationality
Národnost

Height

Výška

Weight

Váha

What is your Business / Occupation? Jaká je vaše podnikatelská činnosti / povolání?

Business Address - Adresa podnikání / zaměstnání

Details of any non administrative / office duties - podrobnosti neadministrativních / kancelářských povinností



Please advise who the beneficiary of this policy would be in the event of accidental death.
Uveďte prosím oprávněnou osobu pro případ plnění smrti úrazem

Name - Jméno	Relationship to the Insured - Vztah k pojištěnému
--------------	---

Please state period of Insurance & commencement date required
Uveďte požadovanou délku pojištění a požadovaný počátek pojištění

Period - Období	Commencement Date - Počátek pojištění
-----------------	---------------------------------------

Annual salary (this information is essential to justify the level of coverage)
Roční plat / příjem (tato informace je podstatná k doložení úrovně pojistné částky)

Basic Wage Základní plat

Additional Income Dodatečný příjem

Is your Net Worth greater than £2,500,000
Je vaše čisté jmění vyšší než £2,500,000 (Kč 75,000,000)

Yes / No Ano / ne

What Capital Sum do you wish to insure? (please state currency)
Na jakou pojistnou částku si přejete pojištění uzavřít (uveďte měnu a částku)

--

(POZN: pro jednorázovou výplatu v případě SÚ nebo trvalého ukončení kariéry); týdenní dávky při dočasném přerušení se vyplácejí % z této částky (viz další strana) kde si zvolíte 0,6% nebo 1% týdně.
Příklad: částka 1 mil Kč při volbě 0,6% znamená Kč 6,000 týdně, 1% 10,000 týdně)

Poznámka: kde je dále požadována volba YES / NO, zakroužkujte v případě
ANO = YES
NE = NO

Please consider & select an appropriate Scale of Benefits (if none of these scales are suitable, please insert your requirements under F)
 Posud'te a zvolte si odpovídající rozsah pojistného krytí (pokud Vám nabízené možnosti nevyhovují, uveďte své požadavky ve sloupci F)

The total sum payable under the insurance in respect of any one or more claims in respect of any one Insured Person shall not exceed in all the largest sum insured under any one items contained in the Scale of Benefits

Celková částka splatná podle tohoto pojištění s ohledem na jednu nebo více pojistných událostí a jednu pojištěnou osobu nepřevyší nejvyšší pojistnou částku v položkách, uvedených v přehledu pojistného plnění

Scales of Benefits - Přehled pojistného plnění (in percentages of the Capital Sum) (v procentech pojistné částky)		A	B	D	E	F	G
Benefits payable in respect of ACCIDENT		Rozsah pojistného krytí pro případ úrazu					
1	Death Smrt	100%	100%	100%	100%		100%
2	Total and irrecoverable loss of sight of both eyes - celková a nevratná ztráta zraku obou očí	-	100%	100%	100%		100%
3	Total and irrecoverable loss of sight of one eye - celková a nevratná ztráta zraku jednoho oka	-	50%	50%	100%		50%
4	Loss of two limbs - ztráta dvou končetin	-	100%	100%	100%		100%
5	Loss of one limb - ztráta jedné končetiny	-	50%	50%	100%		50%
6	Total and irrecoverable loss of sight of one eye and loss of one limb - celková a nevratná ztráta zraku jednoho oka a ztráta jedné končetiny	-	100%	100%	100%		100%
7	Permanent total disablement (other than total irrecoverable loss of sight of one or both eyes or loss of limb(s)) - Celková trvalá neschopnost (jiná než ztráta zraku nebo končetin)	-	-	100%	100%		100%
8	Temporary total disablement (per week) - Dočasná celková neschopnost (týdně) z celkové kapitálové částky	-	-	-	1%		0.6%
9	Temporary partial disablement (per week) - Dočasná částečná neschopnost (týdně) NEPOJIŠTUJE SE	-	-	-	0.25%		0.15%
10	MAXIMUM number of weeks for which benefits are payable under Items 8 & 9 Maximální počet týdnů úhrady pro pol 8-9	-	-	-	104		52
Benefits payable in respect of ILLNESS		Rozsah pojistného krytí pro případ nemoci					
11	Total and irrecoverable loss of sight of both eyes - Celková a nevratná ztráta zraku obou očí	-	-	-	-		100%
12	Permanent total disablement by paralysis - celková neschopnost způsobená paralýzou	-	-	-	-		100%
13	Temporary total disablement (per week) EXCLUDING the first week of disablement - dočasná celková neschopnosti (týdně) MIMO prvního měsíce neschopnosti	-	-	-	-		0.6%
14	MAXIMUM number of weeks for which benefits are payable under Item 12 - maximální počet týdnů pro výplatu odškodnění podle položky 12	-	-	-	-		26

Does the weekly or monthly benefits under all policies carried by you, including those within this application, exceed your average net weekly/monthly income? *If YES, please give details.*

Yes / No

Přesahuje týdenní nebo měsíční odškodnění ze všech pojistných smluv, které máte uzavřeny, včetně těch uváděných v této žádosti, Váš průměrný čistý týdenní / měsíční příjem? Pokud ANO, uveďte prosím podrobnosti

1 Do you intend to:- Plánujete nebo se zabýváte:

- 1.1 fly as a passenger in excess of 20 times per annum?
If YES, please state the anticipated number of flights per year, destinations and type of aircraft (commercial / private fixed wing / helicopter). Cestovat letecky jako cestující více než 20x ročně? Pokud ANO, uveďte počet letů za rok, destinace a typ letadla (komerční, privátní, helikoptéra)

Yes / No

- 1.2 fly other than as a passenger? - *létat jinak, než jako cestující*
If YES, please give details. pokud ANO, uveďte podrobnosti

Yes / No

2. Do you participate in any of the following - *účastníte se následujícího*
If YES, please give details. - pokud ANO, uveďte podrobnosti:

Yes / No

2.1 Winter Sports - *zimní sporty*

Yes / No

2.2 Skin Diving involving the use of breathing apparatus
Potápění s použitím dýchacího přístroje

Yes / No

2.3 Rock Climbing or Mountaineering normally involving the use of ropes or guides
Horolezectví které běžně využívá využití horolezeckých lan a výstroje

Yes / No

2.4 Potholing - *speleologie*

Yes / No

2.5 Parachuting - *parašutismus*

Yes / No

2.6 Horse riding - *jízda na koni*

Yes / No

2.7 Driving or riding in any kind of Race or Competition
Účast v jakémkoli druhu závodů nebo soutěží

2.8 Riding Motor cycles or Motor Scooters - jízda na motocyklu nebo motorovém skútru
If YES, state CC - pokud ANO, uveďte kubaturu

Yes / No

2.9 Football and / or Rugby - fotbal nebo rugby

Yes / No

2.10 Any other occupation, sport, pastime or activity, which is likely to involve extra risk of accident - Jakékoliv jiné zaměstnání, volnočasovou aktivitu, která by mohla přinést zvýšené riziko úrazu

Yes / No

If YES, to any of the above in Section 2, please give details to below
Pokud je někde v sekci 2 uvedeno ANO, uveďte prosím podrobnosti

3. Are you currently free of injury and/or illness? Jste v současné době zdrav(a) a bez zranění
If NO, please give details. Pokud NE, uveďte podrobnosti

Yes / No

4. Have you ever had any Driver's License revoked, suspended or restricted - byl Vám někdy odebrán, zadržán nebo omezena platnost řidičského průkazu?
If YES, please give details. - pokud ANO, uveďte podrobnosti

Yes / No

5. Have you ever taken any drugs other than those prescribed by any doctor?
Užíváte nějaké léky, jiné než ty, které vám předepsal lékař
If YES, please give details. - pokud ano, uveďte podrobnosti

Yes / No

6

Yes / No

substance(s) - Trpíte alergií nebo jste měl někdy nepříznivou reakci na léky nebo jiné substance

If YES, please give details - pokud ANO, uveďte podrobnosti.

7 Within the last 5 years have you: - V posledních 5 letech:

7.1 attended a doctor or hospital due to any ailments or serious illness - *If YES, please give details.*
navštívil jste lékaře nebo nemocnici z důvodu onemocnění nebo závažné nemoci -
Pokud ANO, uveďte podrobnosti

Yes / No

7.2 had any X Rays, CAT scans or MRI Scans - *absolvoval jste rentgenové vyšetření, nebo scany?*
If YES, please give details, and dates. - Pokud ANO, uveďte podrobnosti a data

Yes / No

7.3 taken any prescribed medicine, including courses of cortisone, pain reducing or anti-inflammatory medication - *užíváte nějaké předepsané léky, včetně kortizonu, léků proti bolesti nebo zánětům*
If YES, please give details, and dates. - pokud ANO, uveďte podrobnosti a data

Yes / No

8 Within the last 5 years have you ever suffered from any of the following: - Měl(a) jste v posledních 5 letech následující potíže?

If YES, please give details. - Pokud ANO, uveďte podrobnosti

- | | | |
|-----|--|----------|
| 8.1 | a 'slipped disc' or other spinal disorder, a hernia, or any rheumatic or arthritic condition?
potíže s ploténkou, obratlem nebo jiné problémy s páteří, kýlu nebo revmatické či artritické potíže | Yes / No |
| 8.2 | high blood pressure, a heart condition, haemorrhoids, varicose veins or other circulatory disorder, rheumatic fever or diabetes?
vysoký krevní tlak, potíže se srdcem, hemeroidy, křečové žíly nebo jiné oběhové problémy, revmatickou horečku nebo diabetes? | Yes / No |
| 8.3 | clinical depression or anxiety, any nervous or mental condition, fainting episode, blackout, fit or paralysis of any kind, or alcoholism or drug addiction?
klinickou depresi, úzkost nebo nervové či mentální potíže, ztrátu vědomí, ochrnutí jakéhokoliv druhu, návyky na alkohol nebo drogy? | Yes / No |
| 8.4 | any defect of your sight or hearing, or other senses or faculties?
potíže zraku nebo sluchu nebo jiných smyslů nebo schopností? | Yes / No |
| 8.5 | any respiratory, urinary or allergic condition, or any disorder of the digestive system?
Dýchací, močové nebo alergické příznaky, poruchy trávicího systému? | Yes / No |
| 8.6 | any accidents or illnesses that have prevented you from attending to your business or occupation for a period of more than 14 days during the last five years?
zranění nebo nemoc, které by bránily ve výkonu podnikání nebo zaměstnání po dobu více než 14 dní v posledních pěti letech | Yes / No |

If YES, to any of the above in Section 8, please give details to below - Uveďte podrobnosti k otázkám části 8) pokud jste odpověděli na některou otázku ANO

9

- | | | |
|-----|--|----------|
| 9.1 | Do you/ have you smoked cigarettes or any other form of tobacco?
Kouříte cigarety nebo jinou formu tabáku?
<i>If YES, please give details of number smoked per day and how long you have smoked
pokud ANO, uveďte počet denně a jak dlouho kouříte</i> | Yes / No |
|-----|--|----------|

- | | | |
|-----|--|--|
| 9.2 | On average how many units of alcohol do you consume per week?
Kolik jednotek alkoholu vypijete průměrně za týden? | |
|-----|--|--|

10

10.1 Are you currently insured against Accident or Illness? - Máte v současné době uzavřeno pojištění úrazu nebo nemoci?

If YES, please give details - pokud ANO, uveďte podrobnosti

Yes / No

Name of Insurer - *Jméno pojistitele*

Benefits Covered - *pojistné částky a rizika*

10.2 Have any Claims been made in respect of accident or illness?

Obdržel(a) jste plnění z pojištění úrazu nebo nemoci?

If YES, please attach in each case the nature of the claim, amount, and name of Insurer.

Pokud ANO, uveďte každý případ důvodu plnění, částku a jméno pojistitele

Yes / No

11 Have you been declined, cancelled or accepted on special terms, for Life Insurance or Insurance against accident or illness?

Bylo Vám někdy odmítnuto, zrušeno nebo přijato za zvláštních podmínek pojištění životní nebo pojištění úrazu nebo nemoci?

If YES, please attach full details.

pokud ANO, uveďte podrobnosti

Yes / No

(If you are covered by a group policy of any sort, please check the details)
(pokud jste pojištění skupinovou smlouvou, ověřte si prosím podrobnosti)

Declaration

- a) I / We warrant that that this proposal and questionnaire has been completed to the best of my / our knowledge and belief that all statements and particulars provided by me / us are true and complete
- b) I / We have NOT misstated, omitted, or suppressed any material fact or information (a material fact is one which is likely to influence an Underwriter's assessment and acceptance of a proposal. If you are in any doubt as to whether a fact is material or not you are advised that it is in your own interest to disclose all facts).
- c) I / We agree that this proposal and questionnaire and any information provided in connection with it shall form the basis of the contract between me / us and the Underwriters, and to be bound by the terms and conditions of the policy
- d) If there is any material alteration to the facts or information which I / we have provided or any new material matter arises before completion of the contract of Insurance, I / we undertake to inform Underwriters
- e) I / We agree that if any answers have been written by another person then for that purpose such person will be regarded as my / our agent and not the agent of the Underwriters
- f) I / We are authorised to sign on behalf of all proposers
- g) I / We understand that
 - i. The liability of the Underwriters does not commence until this proposal has been accepted by them
 - ii. The Underwriters reserve the right to decline any proposal
- h) I / We agree to the seeking of information from credit and other agencies in connection with this proposal
- i) I / We understand that the existence of any procedures for dealing with complaints do not prejudice my / our right to take legal action against Underwriters.

Prohlášení

- a) Prohlašuji / prohlašujeme, že tento návrh a dotazník byly vyplněny podle mých / našich nejlepších znalostí a vědomí a všechna prohlášení a detaily, které uvádím(me) jsou pravdivé a kompletní.
- b) Neuvedl(li) jsme nesprávně, nepomněli nebo nezatajili jsme žádné podstatné skutečnosti nebo informace (podstatná skutečnost je taková, která by nepochybně ovlivnila rozhodnutí pojistitele při posuzování a přijetí návrhu. Pokud máte pochybnost, zda je skutečnost podstatná nebo ne, doporučujeme ve vašem vlastním zájmu všechny skutečnosti uvést)
- c) souhlasím(e) s tím, že tento návrh a dotazník a další informace s nimi poskytnuté budou sloužit jako základ pojistné smlouvy mezi mnou (námi) a pojistiteli a budou závazné ustanoveními a podmínkami pojistné smlouvy
- d) pokud existuje podstatná změna skutečností nebo informací, které jsem / jsme uvedli, anebo nové podstatné události vzniknou před uzavřením pojistné smlouvy, zavazuji(eme) se informovat o nich pojistitele
- e) souhlasím (e) s tím, že pokud některé odpovědi byly napsány jinou osobou, tak pro tento případ je taková osoba považována za mého / našeho agenta a ne za agenta pojistitelů
- f) Prohlašuji / prohlašujeme, že jsme oprávněni k podpisu za všechny navrhovatele
- g) Jsme si vědomi toho, že
 - (i) odpovědnost pojistitelů nevznikne dříve, než je tento návrh jimi přijat
 - (ii)pojistitelé si vyhrazují právo jakýkoli návrh zamítnout
- h) Souhlasím (e) s poskytnutím informací od kreditních a dalších agentur, které souvisí s tímto návrhem
- i) Jsem /jsme si vědomi toho, že existence jakýkoli postupů pro řešení stížností neohrožuje moje / naše právo uskutečnění právních kroků proti pojistitelům

Your information (including information we already hold and may receive now and in the future as well as information about lapsed policies) may be held on a group database and may be shared with other HCC Group Companies. Your information will be used for general insurance administration purposes, for offering renewal, for research and statistical purposes and for crime prevention. In the course of performing our obligations to you, your information may be disclosed to agents and service providers appointed by us, including insurers, consultants, data processors, market research and quality assurance companies. Your information may be transferred to any country including countries outside of the European Economic Area for any of these purposes and for systems administration. Such information may include 'sensitive data'.

The Data Protection Act 1998 defined sensitive data as information about your racial or ethnic origin, political opinions, religious beliefs or beliefs of a similar nature, trade union memberships, physical condition or mental health, sexual life, criminal record, pending court proceedings or sentence or any alleged offence.

Vaše údaje (včetně údajů, které již máme k dispozici, můžeme obdržet nyní nebo v budoucnu, stejně tak jako informace k ukončeným smlouvám, mohou být uloženy v databázích skupiny a mohou být sdíleny s dalšími společnostmi



HCC Group. Vaše informace budou použity pro obecné pojistné účely, jako je nabídka obnovy pojištění, pro výzkumné a statistické účely a pro prevenci kriminality. Při výkonu našich povinností k vám, vaše údaje mohou být svěřeny agentům a poskytovatelům služeb námi určených, včetně pojistitelů, konzultantů, zpracovatelů dat, výzkumu trhu a společností zabývajícím se kvalitou poskytovaných služeb. Vaše údaje mohou být přeneseny do jakéhokoliv státu, a to včetně zemí mimo Evropský ekonomický prostor pro účely systémové administrace. Tato data mohou obsahovat i data „citlivá“

Zákon o ochraně dat z roku 1998 definuje jako citlivá data informace o vašem rasovém, etnickém původu, politickém názoru, náboženském nebo podobném vyznání, členství v odborech, fyzické podmínky a mentální zdraví, pohlavní život, trestní záznamy, probíhající jednání soudu nebo rozsudky anebo údajné přestupky.

You have the right to access (subject to limited exceptions) or to amend the information we hold about you. If you would like to exercise either or these rights please contact HCC Specialty Underwriters Ltd.

When our clients supply us with information containing personal data (names, addresses, or other information relating to living individuals), we hold and use that data to perform general and other services for those clients on the understanding that the individuals to whom the data relates have been informed of the reason(s) for obtaining data and the fact that it may be disclosed to third parties such as the HCC Group of Companies.

Insurers may pass information to crime prevention and anti-fraud registers and databases. These may also be searched when dealing with your request for insurance. Under the conditions of your policy, you must declare all incidents whether or not they have resulted in a claim.

Máte právo přístupu (předmět omezených výjimek) nebo úpravy údajů, které o vás držíme. Pokud byste chtěli některé z těchto práv uplatnit, kontaktujte prosím HCC Specialty Underwriters Ltd.

Když nám naši klienti poskytnou údaje, obsahující osobní data (jména, adresy nebo jiní informace vztahující se k žijícím osobám), držíme a používáme, tyto údaje bychom mohli zabezpečit obecné a další služby těmto klientům na základě porozumění, že osoby, ke kterým se údaje vztahují, byly informovány o důvodech jejich získání a skutečnosti, že mohou být předány třetím stranám, například společností HCC Group.

Pojistitelé jsou oprávněni předávat informace registrům a databázím, které souží k prevenci kriminality a podvodům. Tyto mohou být také využity v případě zpracování vaší žádosti o pojištění. Podle podmínek pojištění jsme povinni uvést všechny incidenty a to i takové, které nemusely vyústit v nárok plnění.

Signature of Insured - Podpis pojistníka

Dated - Datum

Signature of Insured Person (if applicable)
Podpis pojistěné osoby (pokud je příslušný)

Dated - Datum

***A copy of this proposal form should be retained by you for your records.
Kopii tohoto návrhu si ponechte pro svoji potřebu.***

Vyplněný podepsaný dotazník zašlete laskavě na adresu London Direct Underwriters, a.s., Senovážné nám 5, 110 00 Praha 1 nebo naskenovaný na email office@lducz.eu