

# **Ž Á D O S T pojišťovacího zprostředkovatele a samostatného likvidátora pojistných událostí o zápis do registru (právnícká osoba)**

dle zákona č. 38/2004 Sb., o pojišťovacích zprostředkovatelích a samostatných likvidátorech pojistných událostí a o změně živnostenského zákona (zákon o pojišťovacích zprostředkovatelích a likvidátorech pojistných událostí) v platném znění.

## **1 a) Firma, sídlo firmy**

Obchodní firma\* ..... IČO\* (bylo-li přiděleno).....  
Místo podnikání: Ulice, č.p., č.o.\* ..... PSČ\* .....  
Obec\* ..... část obce\* ..... Stát\* .....

## **1 b) Odpovědný zástupce ( povinná pole-pouze u PA, PM, SLPV)**

Jméno, příp. jména\* ..... Příjmení\* ..... Tituly .....  
Datum narození\* .....  
Bydliště: Ulice, č.p., č.o.\* ..... PSČ\* .....  
Obec\* ..... část obce\* ..... Stát\* .....

## **1 c) Členové statutárního orgánu \***

1. Jméno, příp. jména\* ..... Příjmení\* ..... Tituly .....  
Datum narození\* .....  
Bydliště: Ulice, č.p., č.o.\* ..... PSČ\* .....  
Obec\* ..... část obce\* ..... Stát\* .....

### Rozšířené údaje – vyplňte za odp. zástupce a každého člena statutárního orgánu

Rodné příjmení (pokud máte státní příslušnost ČR) \* ..... Rodné číslo \* .....  
Pohlaví (pokud nemáte státní příslušnost ČR)\*  
Muž  Žena

Stát narození\* .....  
Místo narození - obec (pokud jste narozen v ČR) \* .....  
Státní občanství \* .....

2. Jméno, příp. jména\* ..... Příjmení\* ..... Tituly .....  
Datum narození\* .....  
Bydliště: Ulice, č.p., č.o.\* ..... PSČ\* .....  
Obec\* ..... část obce\* ..... Stát\* .....

### Rozšířené údaje - vyplňte za odp. zástupce a každého člena statutárního orgánu

Rodné příjmení (pokud máte státní příslušnost ČR) \* ..... Rodné číslo \* .....  
Pohlaví (pokud nemáte státní příslušnost ČR)\*  
Muž  Žena

Stát narození\* .....  
Místo narození - obec (pokud jste narozen v ČR) \* .....  
Státní občanství \* .....

## **1 d) Členové dozorčí rady**

1. Jméno, příp. jména\* ..... Příjmení\* ..... Tituly .....  
Datum narození\* .....  
Bydliště: Ulice, č.p., č.o.\* ..... PSČ\* .....  
Obec\* ..... část obce\* ..... Stát\* .....

### Rozšířené údaje - vyplňte za každého člena dozorčí rady

Rodné příjmení (pokud máte státní příslušnost ČR) \* ..... Rodné číslo \* .....  
Pohlaví (pokud nemáte státní příslušnost ČR)\*  
Muž  Žena

Stát narození\* .....  
Místo narození - obec (pokud jste narozen v ČR) \* .....  
Státní občanství \* .....

2. Jméno, příp. jména \*..... Příjmení \*..... Tituly .....

Datum narození \*.....

Bydliště: Ulice, č.p., č.o. \*..... PSČ \*.....

Obec\*..... část obce\*..... Stát \*.....

Rozšířené údaje - vyplňte za každého člena dozorčí rady

Rodné příjmení (pokud máte státní příslušnost ČR)\*..... Rodné číslo\*.....

Pohlaví (pokud nemáte státní příslušnost ČR)\*

Muž  Žena

Stát narození \*.....

Místo narození - obec (pokud jste narozen v ČR) \*.....

Státní občanství \*.....

### 1 e) Sídlo organizační složky v ČR (pokud je Vaše domovská příslušnost mimo území EHP)

Ulice, č.p., č.o. \*..... Obec \*..... PSČ \*.....

### 2. Kontaktní adresa /Adresu uvádíte pouze v případě, že se liší od bodu 1a, jinak proškrtněte./a kontaktní údaje

Ulice, č.p., č.o..... Obec..... PSČ .....

Obec .....

Telefon\*..... Fax..... E-mail \*.....

### 3. Předmět podnikání

<input checked="" type="checkbox"/>	Předmět podnikání	Zkratka	Správ.poplatek	
<input type="checkbox"/>	vázaný pojišťovací zprostředkovatel	VPZ	10.000,- Kč	Oprávnění přijímat pojistné nebo zprostředkovávat pojistné plnění
<input type="checkbox"/>	podřízený pojišťovací zprostředkovatel	PPZ	10.000,- Kč	
<input type="checkbox"/>	výhradní pojišťovací agent	VPA	10.000,- Kč	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	pojišťovací agent	PA	10.000,- Kč	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	pojišťovací makléř	PM	10.000,- Kč	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	samostatný likvidátor pojistných událostí	SLPU	10.000,- Kč	<input type="checkbox"/>

Pozn.: Celkový správní poplatek je součtem správních poplatků pro jednotlivé činnosti

### 4. Rozsah provozované zprostředkovatelské činnosti podle odvětví (vyberte příslušnou variantu)

<input type="checkbox"/>	všechna odvětví
<input type="checkbox"/>	jen odvětví životního pojištění
<input type="checkbox"/>	jen odvětví neživotního pojištění
<input type="checkbox"/>	jiná varianta, viz tabulka (zakroužkujte příslušná odvětví a skupiny)

Část A-Odv. ŽP

Část B-Odvětví NŽP

Část C-Skupiny NŽP

Ia., Ib., Ic., II., III., IV., V.,VI., VII., VIII., IX.	1. a) b) c) d)	2. a) b) c) d)	3.a) b)	4.	5.	6. a) b) c)	7.	a) b) c) d) e) f) g) h)
	8. a) b) c) d) e) f)	9.	10. a) b) c)	11.	12.	13. a) b) c) d)		
	14. a) b) c) d) e)	15.a) b)	16. a) b) c) d) e) f) g) h) i) j)	17.	18.			

### 5. Rozsah provozované zprostředkovatelské činnosti podle území (kde hodláte podnikat mimo ČR)

<input type="checkbox"/>	Celý EHP
--------------------------	----------

<input type="checkbox"/>	Vybrané státy <b>EHP</b> (vyplňte mezinárodní zkratkou): název státu .....
	Činnost bude vykonávána (vyberte příslušnou volbu) <input type="checkbox"/> na základě práva svobody dočasně poskytovat služby <input type="checkbox"/> na základě práva zřizovat pobočky (usazení se) Adresa pobočky: Ulice, č.p., č.o. .... PSČ ..... Obec ..... Stát .....

\* povinná pole

**6. Pojišťovna, resp. PZ, pro kterého je VPZ, PPZ, VPA, PA, SLPU činný:**

**název/ příjmení a jméno** ..... **reg.č. PZ**.....

**7. V případě předchozích registrací dle zákona č. 38/2004 Sb., uveďte své registrační číslo** .....

**8. Povinné přílohy – viz. „povinné přílohy pojišťovacích zprostředkovatelů a SLPU“**

**9. Podání žádosti o zápis do Registru podléhá správnímu poplatku dle zákona 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů. Informace k zaplacení správního poplatku jsou obsahem platební instrukce, která bude zaslána ČNB na e-mail. adresu, uvedenou v bodě 2. této žádosti.**

*Pozn.:V případě nedostatku místa přiložte prosíme přílohu označenou odpovídajícím číslem bodu žádosti.*

V souladu s ustanovením §5 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, souhlasím se zpracováním a využitím osobních údajů pro potřeby vedení registru dle zákona č. 38/2004 Sb. Svým podpisem potvrzuji pravdivost a úplnost uvedených údajů.

V ....., dne .....

Podpis .....

**Adresa pro doručování:**

**Česká národní banka, Referát registrace pojišťovacích zprostředkovatelů, Husova 10, 305 67 Plzeň**