

Poistenie zodpovednosti za škodu spôsobenú pri výkone činnosti
prevádzkovateľa neštátneho zdravotníckeho zariadenia

Štefánikova 17, 811 05 Bratislava
IČO: 31 595 545, DIČ: 2021097089, IČ DPH: SK7020000746
Spoločnosť je členom skupiny registrovanej pre DPH, zapísaná v Obchodnom registri
Okresného súdu Bratislava I, oddiel Sa, vložka L 3343/91 (ďalej len „porfólium“)

číslo poistnej zmluvy 1199000231 ziskateľské číslo sprostredkovateľa 104715

Bankové spojenie: SI SP, a.s., IBAN: SK28 0900 0000 0001 7819 5386, Konštantný symbol: 3558, Variabilný symbol: (číslo poistnej zmluvy), tel: 02/48 210 511, fax: 02/48 210 515

Poistník	Mesto Spišská Stará Ves	<input type="checkbox"/> Rodné číslo / <input checked="" type="checkbox"/> IČO	0 0 3 2 6 5 2 6
Adresa	Štúrova 228/109, Spišská Stará Ves	PSČ	0 6 1 0 1
Korešpondenčná adresa		PSČ	
Telefón/Email	0903023335	IBAN	
Poistený	pracovníci zapojení do celoplošného AG testovania	<input type="checkbox"/> Rodné číslo / <input type="checkbox"/> IČO	
Adresa		PSČ	

Profesijná zodpovednosť	Počet odbor. pracovníkov	Poistná suma	Spoluúčasť	Sadzba v %	Ročné poistné
	6	10000 EUR	50 Eur		80 EUR
Všeobecná zodpovednosť	(toto pripoistenie sa riadi VPP 113-4)	Poistná suma	Spoluúčasť	Sadzba v %	Ročné poistné
		EUR	10 %		EUR

Ročné poistné vrátane dane ¹ celkom	z toho daň z poistenia	Ročné poistné bez dane ¹	Splátka poistného vrátane dane ¹
80 EUR	5,93 EUR	74,07 EUR	80 EUR

Poistné je bežné jednorazové Periodicita platenia poistného ročne polročne štvrťročne jednorazovo

Minimálna splátka poistného je vo výške 50 EUR.

Poistné za poskytované poistné krytie sa považuje za uhradené pripísaním poistného, vrátane dane z poistenia¹ na účet poisťovne.

¹ Na toto poistenie sa uplatňuje daň z poistenia podľa zákona č. 213/2018 Z. z. o dani z poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Druh platby: poštový peňažný poukaz bezhotovostne s avízom inkaso z účtu poistníka

Začiatok poistenia 2 1 0 1 2 0 2 1 Koniec poistenia 2 1 0 2 2 0 2 1 na dobu neurčitú

Ďalšie ustanovenia: Poistenie platí len na poskytovanie zdrav. starostlivosti počas činnosti MOM pri testovaní COVID-19.

Prehlásenie poistníka:

- Poistník svojím podpisom prehlasuje, že:
 - bol s dostatočným časovým predstihom pred uzavretím poistnej zmluvy písomne oboznámený s obsahom poistnej zmluvy, so Všeobecnými poistnými podmienkami pre poistenie majetku a zodpovednosti za škodu – všeobecná časť (ďalej len „VPP 100-5“), so Všeobecnými poistnými podmienkami – zvláštna časť – Poistenie zodpovednosti za škodu spôsobenú pri výkone odbornej činnosti podľa osobitých právnych predpisov (ďalej len „VPP 104-4“), so Zmluvnými dojednaniami pre poistenie zodpovednosti za škodu spôsobenú pri výkone činnosti prevádzkovateľa zdravotníckeho zariadenia (ďalej len „ZD 119-4“) a v prípade dojednania pripoistenia všeobecnej zodpovednosti tiež so Všeobecnými poistnými podmienkami – zvláštna časť – Poistenie zodpovednosti za škodu (ďalej len „VPP 113-4“), ktoré tvoria neoddeliteľnú súčasť poistnej zmluvy, s dôležitými zmluvnými podmienkami uzatvorenej poistnej zmluvy prostredníctvom Informačného dokumentu o poistnom produkte (ďalej len „IPID“) a tiež prehlasuje, že VPP 100-5, VPP 104-4, ZD 119-4, IPID a v prípade dojednania pripoistenia všeobecnej zodpovednosti tiež VPP 113-4 prevzal v písomnej podobe, alebo že VPP 100-5, VPP 104-4, ZD 119-4, IPID a v prípade dojednania pripoistenia všeobecnej zodpovednosti tiež VPP 113-4 neprevzal v písomnej podobe, ale mu boli na základe jeho žiadosti zaslané e-mailom,
 - úplne a pravdivo odpovedal na všetky otázky týkajúce sa dojednávania poistenia podľa tejto poistnej zmluvy a je oboznámený s povinnosťami v priebehu trvania poistenia bez zbytočného odkladu oznámiť poisťovni všetky prípadné zmeny v týchto údajoch.
- V prípade, ak poistník a poistená osoba nie sú totožné osoby, poistník prehlasuje, že má oprávnenie poskytnúť poisťovni osobné údaje poisteného na účely uzatvárania, správy a plnenia tejto poistnej zmluvy podľa zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
- Poisťovňa informuje poistníka, že osobné údaje spracúva v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) (ďalej len „Nariadenie“) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Poistník prehlasuje, že sa oboznámil s informáciami o spracúvaní jeho osobných údajov podľa Nariadenia, vrátane informácií o jeho právach. Zároveň berie na vedomie, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť aj na webovej stránke poisťovne www.kpas.sk.

v
dňa 2 0 0 1 2 0 2 1



Podpis poistníka

1/1



KOMUNÁLNA POISŤOVŇA
VIENNA INSURANCE GROUP
Podpis zmluvy poisťovne
KOMUNÁLNA POISŤOVŇA, a.s.
Vienna Insurance Group
Štefánikova 17, 811 05 Bratislava
ČO 31 595 545, IČ DPH: SK7020000746 (188)