

POISTNÁ ZMLUVA

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 č. 3345/B (ďalej len „poisťovňa“)číslo poistnej
zmluvy

1199000623

získateľské číslo
spprostredkovateľa

2700100124

Bankové spojenie: SLSP, 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	OBEČ ZÁVADKA NAD HRONOM	☐ Rodné číslo / ☒ IČO	0	0	3	1	3	9	4	7
Adresa	Osloboditeľov 144/27, Závadka nad Hronom	PSČ	9	7	6	6	7			
Korešpondenčná adresa		PSČ								
Telefón/Email	0917 872 177	IBAN								
Poistený		☐ Rodné číslo / ☐ IČO								
Adresa		PSČ								

Profesijná zodpovednosť	Počet odbor. pracovníkov	Poistná suma	Spoluúčasť	Sadzba v %	Ročné poistné
	20	10 000 EUR	10 %	50	120,00 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
120,00 EUR	8,89 EUR	111,11 EUR	120,00 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	7	0	2	2	0	2	1	Koniec poistenia	2	6	0	3	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:

1. 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 dojednaniaми 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 uzatvárajúcej 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

Brezne

2 3 0 2 2 0 2 1

OBEČ ZÁVADKA N/HRONOM
Osloboditeľov 27
976 67 ZÁVADKA N/HRONOM
IČO:00313947; DIČ:2021170052

Podpis poistníka

OBEČ ZÁVADKA N/HRONOM

Osloboditeľov 27

976 67 ZÁVADKA N/HRONOM

IČO:00313947; DIČ:2021170052

KOMUNÁLNA POISTOVŇA

VIENNA INSURANCE GROUP

KOMUNÁLNA Podpis zástupcu poisťovne
Vienna Insurance Group

Štefánikova 17, 811 05 Bratislava

IČO: 31 595 545, IČ DPH: SK7020000746