

**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 „poistovnía“)

číslo poistnej zmluvy **1199000114** ziskateľské číslo sprostredkovateľa **2700100634**

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	Obec Jovsa	<input type="checkbox"/> Rodné číslo / <input checked="" type="checkbox"/> IČO	0	0	3	2	5	2	7	9		
Adresa	Obecný úrad, Jovsa 73						PSČ	0	7	2	3	2
Korešpondenčná adresa							PSČ					
Telefón/Email	IBAN											
Poistený							<input type="checkbox"/> Rodné číslo / <input type="checkbox"/> IČO					
Adresa							PSČ					

Profesijná zodpovednosť	Počet odbor. pracovníkov	Poistná suma	Spoluúčasť	Sadzba v %	Ročné poistné
	4	10 000,00 EUR	10 %		80,00 EUR
Všeobecná zodpovednosť	(toto pripoistenie sa riadi VPP 113-4)	Poistná suma	Spoluúčasť	Sadzba v %	Ročné poistné
		EUR	10 %		EUR

Ročné poistné vrátane dane <sup>1</sup> celkom	z toho daň z poistenia	Ročné poistné bez dane <sup>1</sup>	Splátka poistného vrátane dane <sup>1</sup>
80,00 EUR	5,93 EUR	74,07 EUR	80,00 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 poistenia<sup>1</sup> na účet poisťovne.

<sup>1</sup> 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:	<input type="checkbox"/> poštový peňažný poukaz	<input checked="" type="checkbox"/> bezhotovostne s avízom	<input type="checkbox"/> inkaso z účtu poistníka
Začiatok poistenia	2   2   0   1   2   0   2   1	Koniec poistenia	2   1   0   2   2   0   2   1
		<input type="checkbox"/> 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 uzatváranej 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](http://www.kpas.sk).

v **Michalovciach**

dňa **2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 2 | 1**

Podpis poistníka

**KOMUNÁLNA** Podpis poistníka

**KOMUNÁLNA POISTOVŇA, a.s.** Podpis zástupcu poisťovne