KOMUNÁLNA POISŤOVŇA
VIENNA INSURANCE GROUP

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: 1199001175

získateľské číslo sprostredkovateľa:

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	O b e c Dvorany nad Nitrou	☐ Rodné číslo / ☒ IČO	0 0 6 9 9 1 6 1
Adresa	DVORANY NAD NITROU č. 13	PSČ	9 5 6 1 1
Korešpondenčná adresa		PSČ	
Telefón/Email	038/5319330	IBAN	
Poistený		☐ Rodné číslo / ☐ IČO	
Adresa		PSČ	

	Počet odbor. pracovníkov	Poistná suma	Spoluúčasť*	Sadzba v ‰	Ročné poistné
Profesijná zodpovednosť	6	10 000,00 EUR	~~10~~ % 50,00 EUR		104,00 EUR

		Poistná suma	Spoluúčasť	Sadzba v ‰	Ročné poistné
Všeobecná zodpovednosť	(toto pripoistenie sa riadi VPP 113-4)	EUR	10 %		- EUR

Ročné poistné vrátane dane[1] celkom	z toho daň z poistenia	Ročné poistné bez dane[1]	Splátka poistného vrátane dane[1]
104,00 EUR	7,70 EUR	96,30 EUR	104,00 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[1] 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 3 0 3 2 0 2 1	**Koniec poistenia**	2 2 0 5 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:
   a) 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,
   b) 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.
2. 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.
3. 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 Topoľčanoch

dňa 2 2 0 3 2 0 2 1

OBEC DVORANY NAD NITROU

Podpis poistníka

Podpis poistníka

KOMUNÁLNA POISŤOVŇA VIENNA INSURANCE GROUP

Podpis zástupcu poisťovne

* ogonská

(26)