



Pojistitel:	Colonnade Insurance S.A. , se sídlem L-2350 Lucemburk, rue Jean Piret 1, Lucemburské velkovévodství, zapsaná v lucemburském Registre de Commerce et des Sociétés, registrační číslo B61605, jednající prostřednictvím Colonnade Insurance S.A. , organizační složka, se sídlem Na Pankráci 1683/127, 140 00 Praha 4, Česká republika, identifikační číslo 044 85 297, zapsané v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 77229.
Korespondenční adresa: Zastupující:	Na Pankráci 1683/127, 140 00 Praha 4, Česká republika xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, zmocněný pro záležitosti smluvní a
Pojistník/pojištěný:	Krajská nemocnice T. Bati, a. s. , zapsána v obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Brně, oddíl B, vložka 4437, IČ: 276 61 989
Se sídlem:	Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín
Jednající:	doc. MUDr. Michal Filip, Ph. D., předseda představenstva Ing. Martin Déva, člen představenstva
Adresa pro doručování:	Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín uzavírají prostřednictvím
Zplnomocněného makléře:	SATUM CZECH s.r.o. , Spisová značka: C 16189 vedená u Krajského soudu v Ostravě, IČ: 253 73 951
Se sídlem:	Porážková 1424/20, 702 00 Ostrava

Dodatek č. 2 k pojistné smlouvě č. 2303 0769 18

Smluvní strany se dohodly na tomto Dodatku č. 2 (dále jen "Dodatek"), kterým se doplňuje pojistná smlouva č. 2303 0769 18 (dále jen "Pojistná smlouva"), takto:

I.

S účinností od 1.1.2022 se doplňuje následující smluvní ujednání:

2. Smluvní ujednání zvláštní povahy I.

Závazně a neodvolatelně prohlašujeme, že ust. článku 1.1, písm. (i) pojistných podmínek se po účinnosti části první zákona č. 33/2020 Sb., který mj. nově upravuje ustanovení zákona o obchodních korporacích o povinnostech při úpadku obchodní korporace (dále jen „novelizační zákon“), uplatní i pro nároky vzniklé podle ust. § 66 zákona o obchodních korporacích ve znění novelizačního zákona.

II.

Ostatní ujednání Pojistné smlouvy se nemění a zůstávají v platnosti.

Tento Dodatek nabývá platnosti dnem podpisu oprávněných zástupců smluvních stran. Dodatek je vyhotoven ve 2 originálech: jeden pro **Pojistníka**, jeden pro **Pojistitele**, každý s platností originálu.

Pojistník:

Pojistitel:

Ve Zlíně dne 30-11-2021

V Praze dne 11.11.2021

Podpis:

Jméno **doc. MUDr. Michal Filip, Ph. D.**
funkce: **Předseda představenstva**

Ing. Martin Déva
Člen představenstva

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Casualty Underwriting Manager

COLONNADE*

A FAIRFAX COMPANY

Pojistná smlouva