

Gen



Pojistná smlouva o pojištění profesní odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb

č. nabídky 9335 306432

Pojistitel

Generali Pojišťovna a.s., Bělehradská 132, 120 84 Praha 2, zapsaná v OR vedeném Městským soudem v Praze, spisová značka B 2866, IČO: 61859869, DIČ: CZ699001273, generali.cz. Společnost je členem Skupiny Generali, zapsané v italském registru pojišťovacích skupin, vedeném IVASS:
zastoupená [redacted] upisovatelem makléřských obchodů region Praha a [redacted]
upisovatelem makléřských obchodů region Praha

Pojistník a pojištěný

Pojistník

obchodní firma/název: Centrum sociálních a zdravotních služeb Poděbrady o.p.s.
IČO: 27395286
sídlo/místo podnikání: T.G.Masaryka 1130/18, 290 01 Poděbrady
Identifikace osoby oprávněné jednat za pojistníka, ✓
[redacted]

Kontaktní spojení

uzavírají tuto pojistnou smlouvu o pojištění profesní odpovědnosti

Pojištěný

Pojištěný je totožný s pojistníkem.
Osobou oprávněnou dle této pojistné smlouvy je pojištěný.

Generali Pojišťovna a.s. MZ09
makléřské obchody - region Praha

02. 05. 2017

došlo - OBM

SEPARATOR UL



VL

Pojistná smlouva o pojištění profesní odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb

Pojištění se řídí VPP O 2014/01, ZPP OZS 2014/02 a níže uvedenými DPP OZS.

Pojistné nebezpečí

Pojištění se vztahuje na povinnost pojištěného nahradit škodu nebo jinou újmu, pokud byla způsobena jinému konáním nebo opomenutím nebo protiprávním stavem v důsledku výkonu profesní činnosti při poskytování zdravotních služeb, případně právního vztahu pojištěného, uvedeného/ho v pojistné smlouvě, ke které/mu je pojištěný oprávněn na základě zvláštního oprávnění dle platných právních předpisů.

Pojistná událost

Pojistnou událostí je vznik povinnosti pojištěného nahradit škodu nebo jinou újmu, je-li zároveň spojení se vznikem povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění.

Pojištěný předmět činnosti

výkon sociálních a zdravotních služeb - v rozsahu činností uvedených ve výpisu z OR ze dne 4.4.2017

Interní údaj pojistitele: Kód

P332

Dle oprávnění/osvědčení

Oprávnění k poskytování sociálních a zdravotních služeb

Číslo oprávnění/osvědčení

SZ_069279/2015/KUSK

Vydaného (kým)

Krajský úřad Středočeského kraje

Dne

24. 3. 2014

Typ zdravotnického zařízení

Jiné zdravotnické zařízení

Údaj rozhodný pro výpočet pojistného

Počet lékařů a středního zdravotnického personálu

Základní rozsah pojištění

Limit pojistného plnění pro základní rozsah pojištění

Spoluúčast pojištěného na každé pojistné události

Kč



GLT93353064321

Škoda nebo jiná újma způsobená vadou výrobku

Sublimit pojistného plnění pro toto připojištění dle ZPP OZS 2014/02

Kč

Spoluúčast:

Kč

Regresní náhrady ze zdravotního nebo nemocenského pojištění

Sublimit pojistného plnění pro toto připojištění dle ZPP OZS 2014/02

Kč

Spoluúčast:

Kč

Škody a jiné újmy z vlastnických, nájemních a obdobných vztahů

Sublimit pojistného plnění pro toto připojištění dle ZPP OZS 2014/02

Kč

Spoluúčast:

Kč

V pojistné smlouvě je dále ujednáno:**DPP OZS 03 - Věci třetích osob**

Sublimit pojistného plnění pro připojištění dle DPP OZS 03

Kč

Spoluúčast

DPP OZS 18 - Hepatitis

Sublimit pojistného plnění pro připojištění dle DPP OZS 18

Kč

Spoluúčast

DPP OZS 11 - Nemajetková újma na přirozených právech člověka

Sublimit pojistného plnění pro připojištění dle DPP OZS 11

Kč

Spoluúčast

Základní roční pojistné včetně doplňkových pojistných podmínek:

Kč

Rekapitulace pojistného

Sleva obchodní

Celkové roční pojistné po slevě

6 820 Kč

Počátek pojištění, pojistná doba

Pojištění začíná dne 15. 5. 2017 a sjednává se na dobu neurčitou. Pojistné období je roční. Pojistné je stanoveno jako běžné. Sjednané hrazení pojistného ve splátkách nemá vliv na pojistné období.

Splatnost a způsob placení pojistného

Pojistné je splatné ročně, a to vždy k 15. dni 5. měsíce každého roku.

Splátka pojistného

Kč

Bankovní spojení: číslo účtu

Pro platbu prvního pojistného je variabilním symbolem číslo nabídky.

Pro platbu následného pojistného je variabilním symbolem číslo pojistné smlouvy uvedené v pojistce.

Při platbě trvalým příkazem je variabilním symbolem vždy číslo pojistné smlouvy (tzn. trvalý příkaz lze nastavit až po obdržení pojistky).

Pojistné bude placeno: bankovním převodem

Závěrečná ustanovení

Tato pojistná smlouva se řídí následujícími pojistnými podmínkami:

- Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění odpovědnosti - VPP O 2014/01, ZPP OZS 2014/02
- Doplňkové pojistné podmínky DPP OZS 03 - Věci třetích osob
- Doplňkové pojistné podmínky DPP OZS 18 - Hepatitis
- Doplňkové pojistné podmínky DPP OZS 11 - Nemajetková újma na přirozených právech člověka

Příloha:

- kopie výpisu z OR
- kopie ROZHODNUTÍ o změně oprávnění k poskytování zdravotních služeb
- dotazník

Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou podle rozsahu sjednaného pojištění: Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění odpovědnosti **VPP O 2014/01**, Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění odpovědnosti **ZPP OZS 2014/02**, doplňkové pojistné podmínky (**DPP OZS**), jsou-li ve smlouvě výslovně uvedeny, a sazebník poplatků.

V případě neživotního pojištění mají spotřebitelé možnost řešit spor mimosoudně před Českou obchodní inspekcí www.coi.cz.

Prohlášení pojistníka/pojištěného

Prohlášení pojistníka/pojištěného

Potvrzuji, že jsem převzal a před uzavřením smlouvy jsem byl seznámen se všemi ustanoveními pojistné smlouvy, včetně všech příloh a pojistných podmínek, jejich obsahu rozumím a s rozsahem a podmínkami pojištění souhlasím. Potvrzuji, že před uzavřením pojistné smlouvy jsem se seznámil též se sazebníkem poplatků a s Informacemi pro klienta, které obsahují i poučení o ochraně osobních údajů.

Potvrzuji, že jsem pojistiteli sdělil před uzavřením smlouvy všechny své pojistné potřeby a požadavky, tyto byly pojistitelem zaznamenány a žádné další nemám. Prohlašuji, že nabízené pojištění odpovídá mým požadavkům a pojistnému zájmu. Zároveň prohlašuji, že mi byly pojistitelem úplně zodpovězeny všechny mé dotazy k sjednávanému pojištění. Zavazuji se plnit povinnosti uvedené v pojistných podmínkách a jsem si vědom, že v případě jejich porušení mě mohou postihnout nepříznivé následky (např. zánik pojištění, snížení nebo odmítnutí pojistného plnění).

Zprošťuji pojistitele mlčenlivosti u uzavřeném pojištění a o případných škodných událostech ve vztahu k zajistiteli pro potřeby zajištění pojistitele. V případě vzniku škodné události dále:

- a) zprošťuji státní zastupitelství, policii a další orgány činné v trestním řízení, hasičský záchranný sbor, lékaře, zdravotnická zařízení a záchrannou službu povinnosti mlčenlivosti;
- b) zmocňuji pojistitele, resp. jím pověřenou osobu, aby ve všech řízeních probíhajících v souvislosti se škodnou událostí mohli nahlížet do soudních, policejních, případně jiných úředních spisů a vyhotovovat z nich kopie či výpisy;
- c) zmocňuji pojistitele k nahlédnutí do podkladů jiných pojišťoven v souvislosti se šetřením škodných událostí a s výplatou pojistných plnění.

Souhlasím s tím, aby pojistitel sděloval osobám oprávněným k přijetí pojistného plnění (např. v souvislosti se zřízením zástavního práva k pohledávkám z pojištění) informace týkající se pojištění sjednaného pojistnou smlouvou a v tomto rozsahu ho zprošťuji povinnosti mlčenlivosti. Výše uvedené souhlasy a zmocnění se vztahují i na dobu po mé smrti.

Svým podpisem stvrzuji, že jsem byl poučen o účelu, rozsahu a způsobu zpracování osobních údajů, a že jsem byl informován o svých právech a o povinnostech pojistitele. Souhlasím se zpracováním všech poskytnutých osobních údajů zejména pro účely pojišťovací činnosti a dalších činností vymezených zákonem o pojišťovnictví a za účelem zaslání obchodních sdělení. Výslovně souhlasím s tím, abych byl v záležitostech pojistného vztahu nebo v záležitosti nabízení pojišťovacích a souvisejících finančních služeb a jiných obchodních sdělení pojistitele nebo nabídky služeb a jiných obchodních sdělení členů mezinárodního koncernu Generali a spolupracujících obchodních partnerů kontaktován písemnou, elektronickou nebo i jinou formou. Zároveň sdělením kontaktního spojení dávám souhlas, aby mne pojistitel kontaktoval elektronickou formou i v záležitostech týkajících se dříve sjednaných pojištění. Souhlasím s předáváním a poskytováním svých osobních údajů subjektům mezinárodního koncernu Generali a jeho zajišťovacím partnerům v souladu s právními předpisy pro shora uvedené účely.

Potvrzuji, že všechny údaje, které jsem sdělil pojistiteli (zejména ty, které jsou uvedené v pojistné smlouvě), jsou pravdivé a úplné. Pokud jsem údaje nenapsal vlastnoručně, stvrzuji, že jsem je ověřil a jsou pravdivé a úplné. Zavazuji se bez zbytečného odkladu oznámit všechny jejich případné změny (včetně změn osobních údajů) a jsem si vědom příp. negativních následků nenahlášení změn (zejména při doručování korespondence).

Prohlašuji, že jsem oprávněn výše uvedené prohlášení učinit i jménem pojištěného, je-li osobou odlišnou od pojistníka. Pro tento případ se zavazuji, že seznámím pojištěného s obsahem pojistné smlouvy včetně uvedených pojistných podmínek a s ostatními relevantními dokumenty a informacemi sdělenými mi pojistitelem.

Pojišťovací zprostředkovatel / zaměstnanec Generali Pojišťovna a.s.

osoba oprávněná za Generali Pojišťovna a.s. k identifikaci, kontrole klienta, učinění nabídky na předběžné pojištění a převzetí nabídky pojistníka

příjmení, jméno, titul (název právnické osoby)	registrační číslo přidělené ČNB	agenturní číslo	telefon
PROFI HYPPO s.r.o.	056653PA	15454540	

Podřízený pojišťovací zprostředkovatel / zaměstnanec pojišťovacího zprostředkovatele

osoba oprávněná jednat za pojišťovacího zprostředkovatele

příjmení, jméno, titul (název právnické osoby)

registrační číslo
přidělené ČNB

osobní číslo

telefon

Podpisy smluvních stran

místo

Praha

datum

4. 4. 2017

**STŘEDISKO SOCIÁLNÍCH
ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB
Poděbrady o.p.s.
nám. T. G. Masaryka 1130/18
290 01 PODĚBRADY
IČ: 273 06 286** ④

pojistníka a že podoba této