

Generali  
makléřská  
26.03.2018



# Dodatek č.1 k pojistné smlouvě o pojištění profesní odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb č. 2958024321

v plném znění  
č. nabídky 9335 306432 změna ke dni 1.4.2018

**Pojistitel**  
Generali Pojišťovna a.s., Bělehradská 299/132, 120 00 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

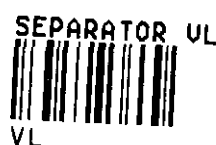
**Pojistník a pojištěný**  
Pojistník  
obchodní firma/název: Centrum sociálních a zdravotních služeb Poděbrady o.p.s.  
IČO: 27395286  
sídllo/místo podnikání: T.G.Masaryka 1130/18, 290 01 Poděbrady  
Identifikace osoby oprávněné jednat za pojistníka  
Kontaktní spojení [redacted]

uzavírají tento dodatek k pojistné smlouvě o pojištění profesní odpovědnosti  
**Pojištěný**  
Pojištěný je totožný s pojistníkem.  
Osobou oprávněnou dle této pojistné smlouvy je pojištěný.

**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 jiným 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  
-výkon zdravotních služeb, ke kterému je pojištěný oprávněn na základě Rozhodnutí vydaného Krajským úřadem Středočeského kraje, Odborem zdravotnictví dne 7.5.2015, č.j. 069279/2015 o změně oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona č. 372/2011 Sb  
-výkon sociálně – právní ochrany dětí, ke kterému je pojištěný oprávněn na základě Rozhodnutí vydaného Krajským úřadem Středočeského kraje dne 6.1.2015, č.j. 000797/2015 k výkonu sociálně – právní ochrany dětí podle zákona č. 359/1999 Sb.  
-výkon sociálních služeb, ke kterému je pojištěný oprávněn na základě Rozhodnutí vydaného Krajským úřadem Středočeského kraje dne 27.12.2016, č.j. 183566/2016 k výkonu sociálních služeb podle zákona 108/2006 Sb.  
Interní údaj pojistitele: Kód   
Dle oprávnění/osvědčení   
Číslo oprávnění/osvědčení   
Vydaného (kým)   
Dne



\*GLT93353064321\*



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

#### Škoda nebo jiná újma způsobená vadou výrobku

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

Spoluúčast:

Kč

Kč

#### Regresní náhrady ze zdravotního nebo nemocenského pojištění

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

Spoluúčast:

Kč

Kč

#### Škody a jiné újmy z vlastnických, nájemních a obdobných vztahů

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

Spoluúčast:

Kč

Kč

#### V pojistné smlouvě je dále ujednáno:

##### DPP OZS 03 - Věci třetích osob

Sublimit pojistného plnění pro připojištění dle DPP OZS 03

Spoluúčast

Kč

##### DPP OZS 18 - Hepatitis

Sublimit pojistného plnění pro připojištění dle DPP OZS 18

Spoluúčast

Kč

##### DPP OZS 11 - Nemajetková újma na přirozených právech člověka

Sublimit pojistného plnění pro připojištění dle DPP OZS 11

Spoluúčast

Kč

Základní roční pojistné včetně doplňkových pojistných podmínek:

Kč

#### Rekapitulace pojistného

Sleva obchodní

%

Celkové roční pojistné po slevě

11 459

Kč

#### Počátek pojištění, pojistná doba

Tento dodatek smlouvy nabývá platnosti dnem podpisu a účinnosti **1.4.2018**.

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:

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
- Doplnkové pojistné podmínky DPP OZS 03 - Věci třetích osob
- Doplnkové pojistné podmínky DPP OZS 18 - Hepatitis
- Doplnkové pojistné podmínky DPP OZS 11 - Nemajetková újma na přirozených právech člověka

Příloha:

- kopie výpisu z OR
- kopie ROZHODNUTÍ o oprávnění k výkonu činnosti
- 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 inspekci [www.coi.cz](http://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 o uzavřeném pojištění a o případných škodných událostech ve vztahu k zajištění 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 záležitostech 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.

## Pojišťovaci 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.

15757578

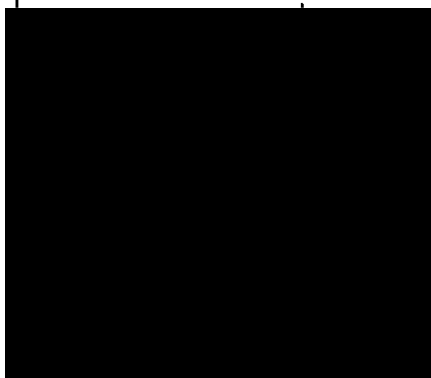
**Podřízený pojišťovací zprostředkovatel // zaměstnanec pojišťovacího zprostředkovatele**

osoba oprávněná jednat za pojišťovacího zprostředkovatele

příjmení, jméno, titul (název právnické osoby)	registrační číslo přidělené ČNB	osobní číslo	telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Podpisy smluvních stran**

místo  datum



**ENTRUM SOCIÁLNÍCH  
ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB  
Poděbrady o.p.s.**  
ám. T. G. Masaryka 1130/18  
290 01 PODĚBRADY  
IČ: 273 95 286 ①

**Centrum sociálních a  
zdravotních služeb  
Poděbrady o.p.s.**

pisem na smlouvě současně stvrzuje, že provedl identifikaci pojistníka a že podoba této  
n průkazu totožnosti.

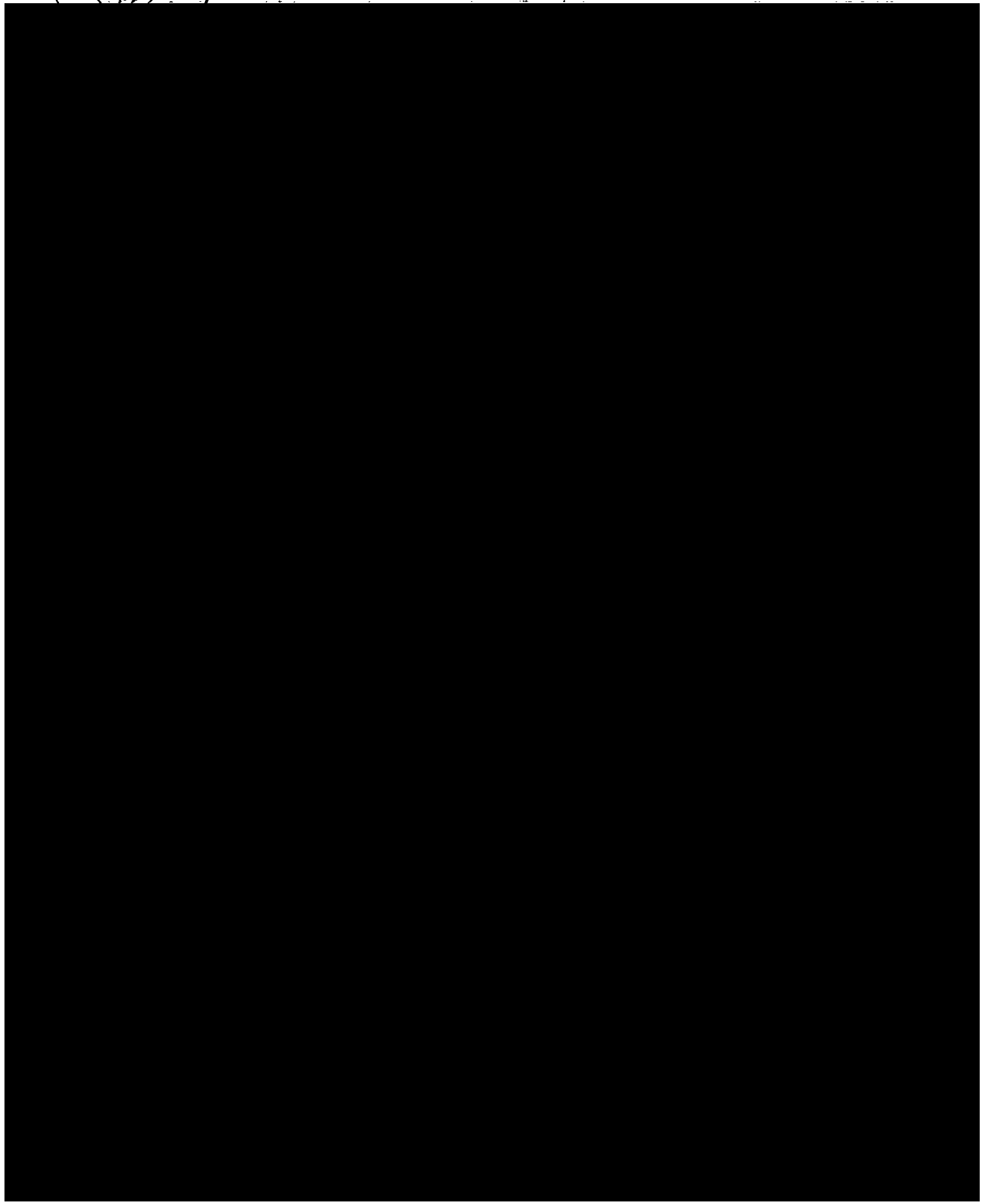
ká pošta

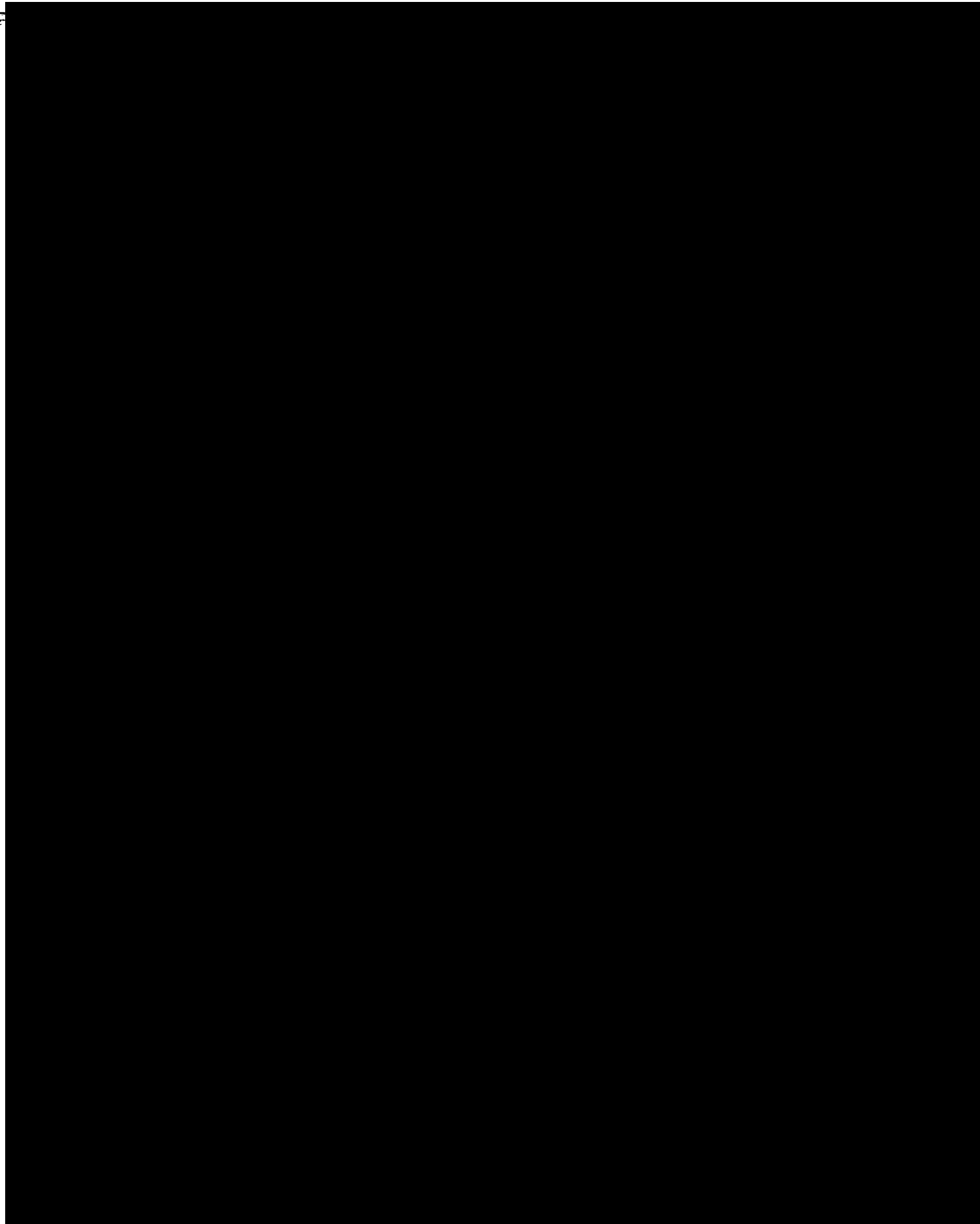
DOŠLO

Krajský úřad Středočeského kraje

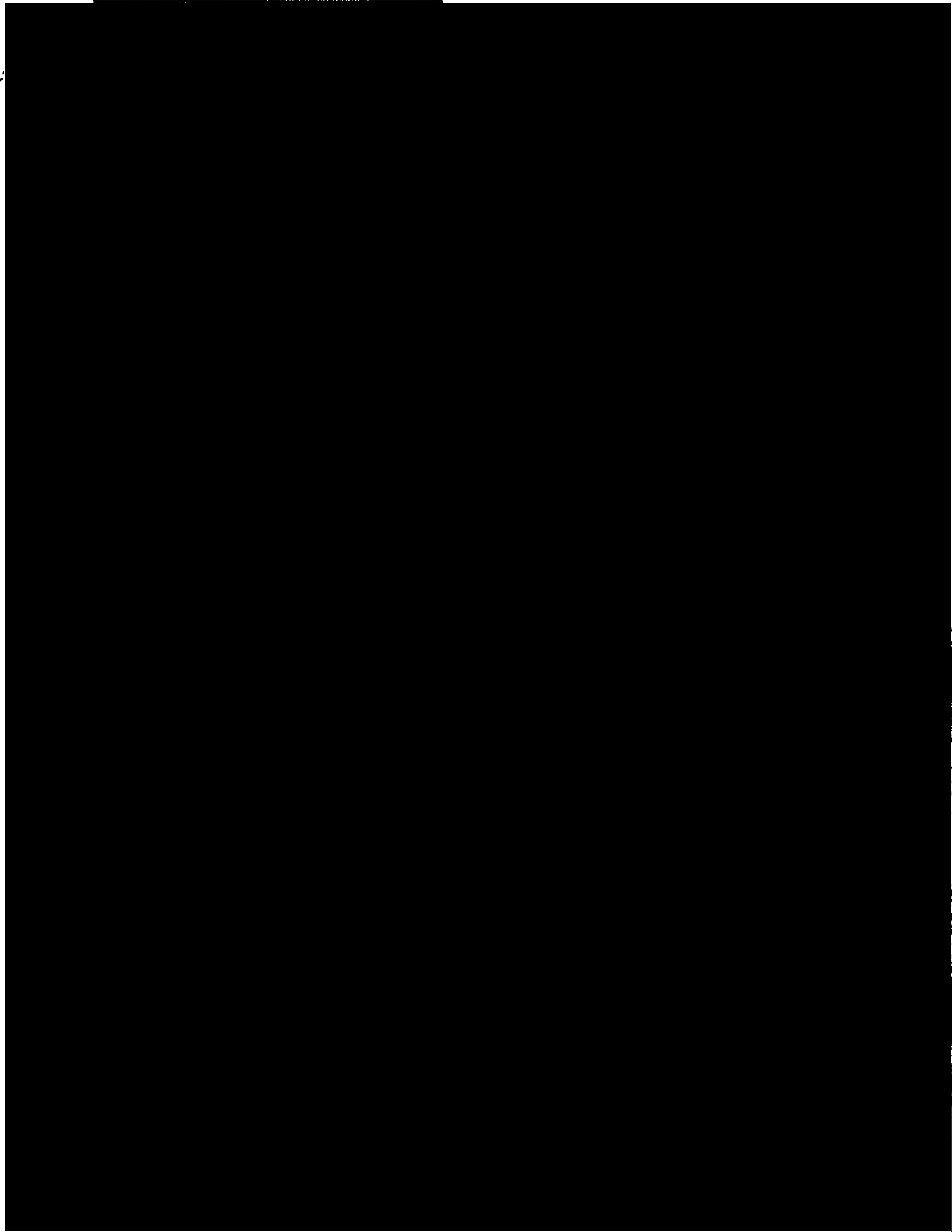
ŘEŠENÍ SOUŘEŠNĚNÍ VEŘEJNÉ

Zborovská 81/11, Praha 5-Smíchov, 150 00 Praha 5



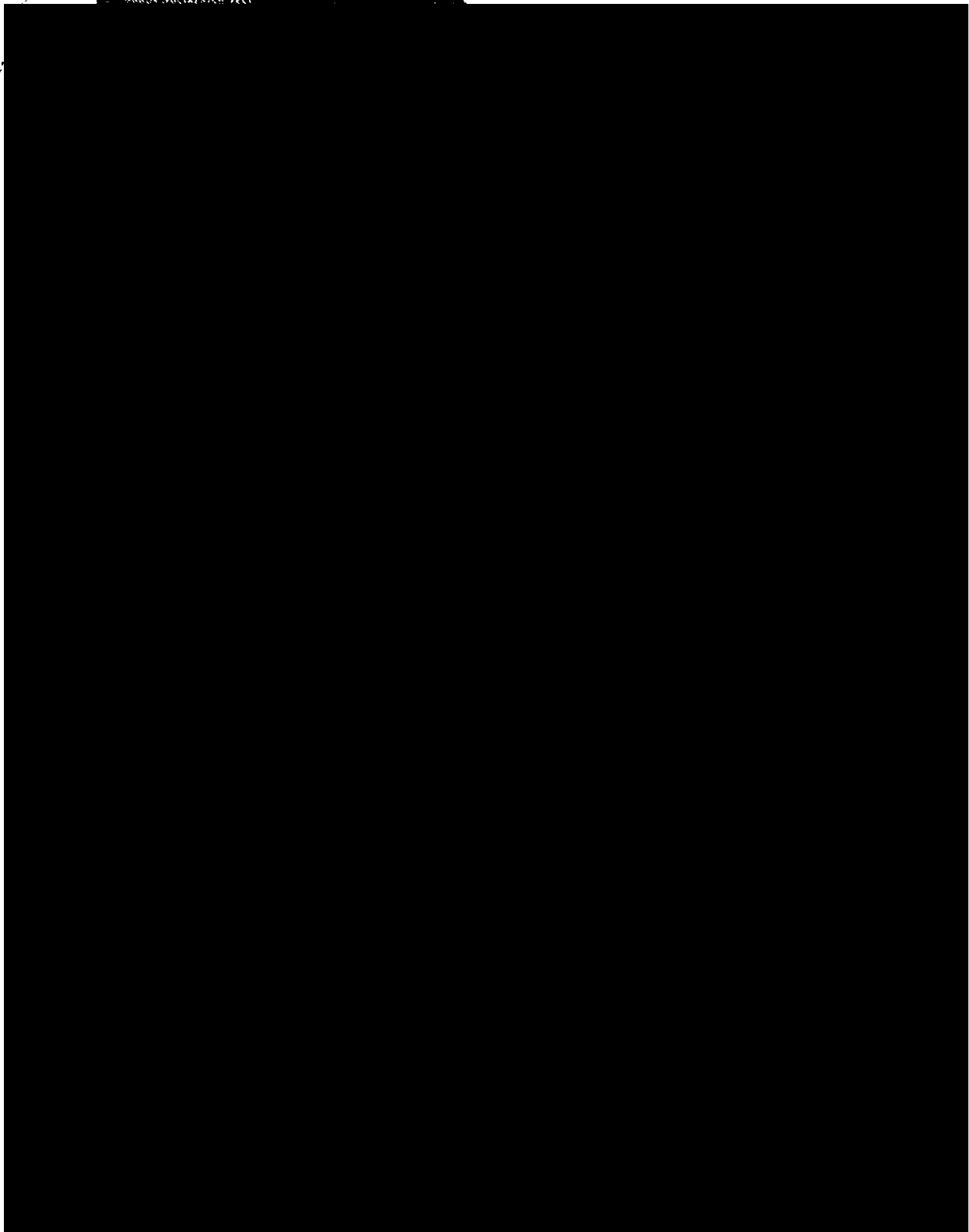


Krajský úřad Středočeského kraje



Krajský úřad Středočeského kraje

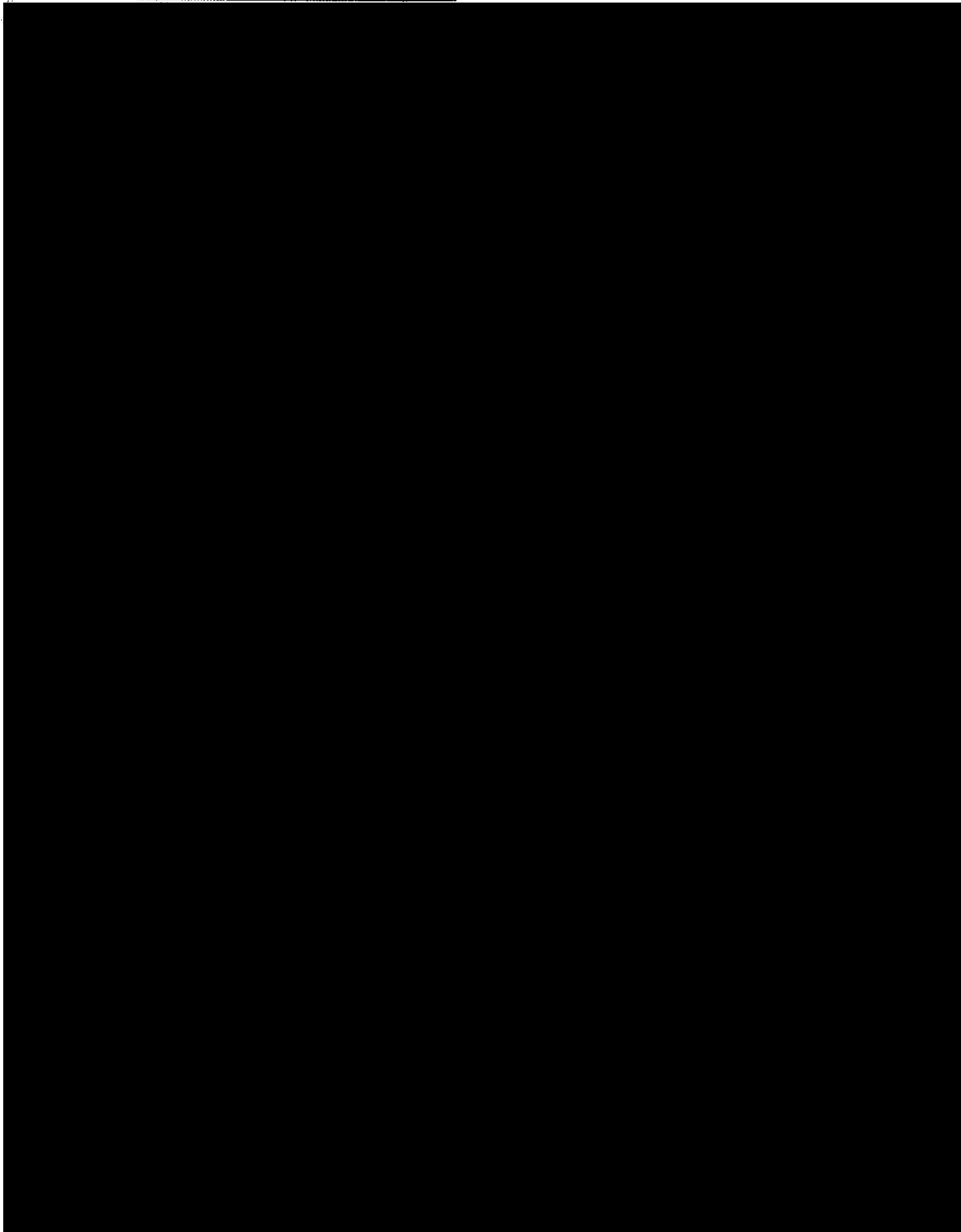
ODDĚL SOCIÁLNÍCH VĚCÍ



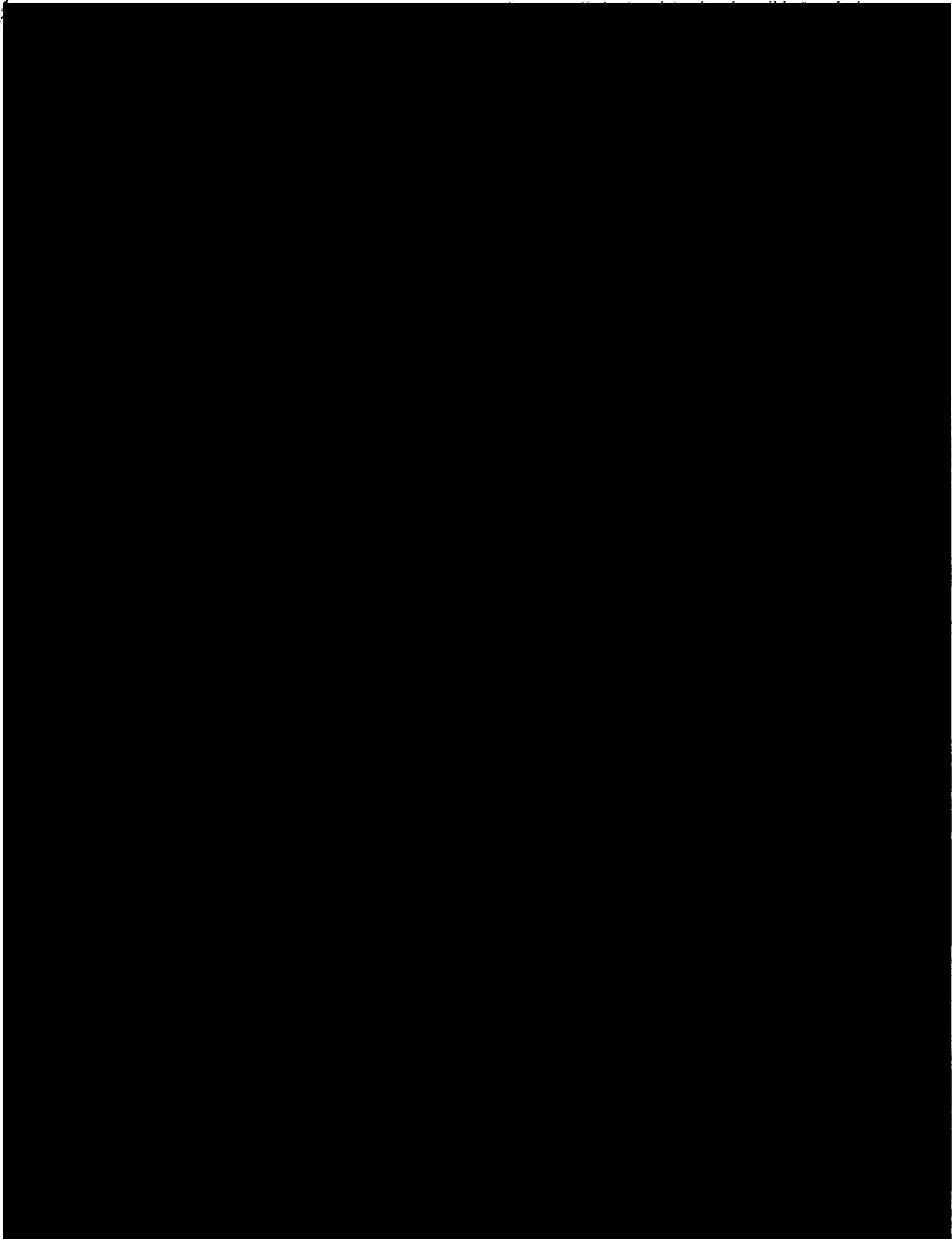


Krajský úřad Středočeského kraje

ROSOV - SOCIÁLNÍCH VĚCÍ



Ověřovací doložka konverze na žádost do dokumentu v listinné podobě



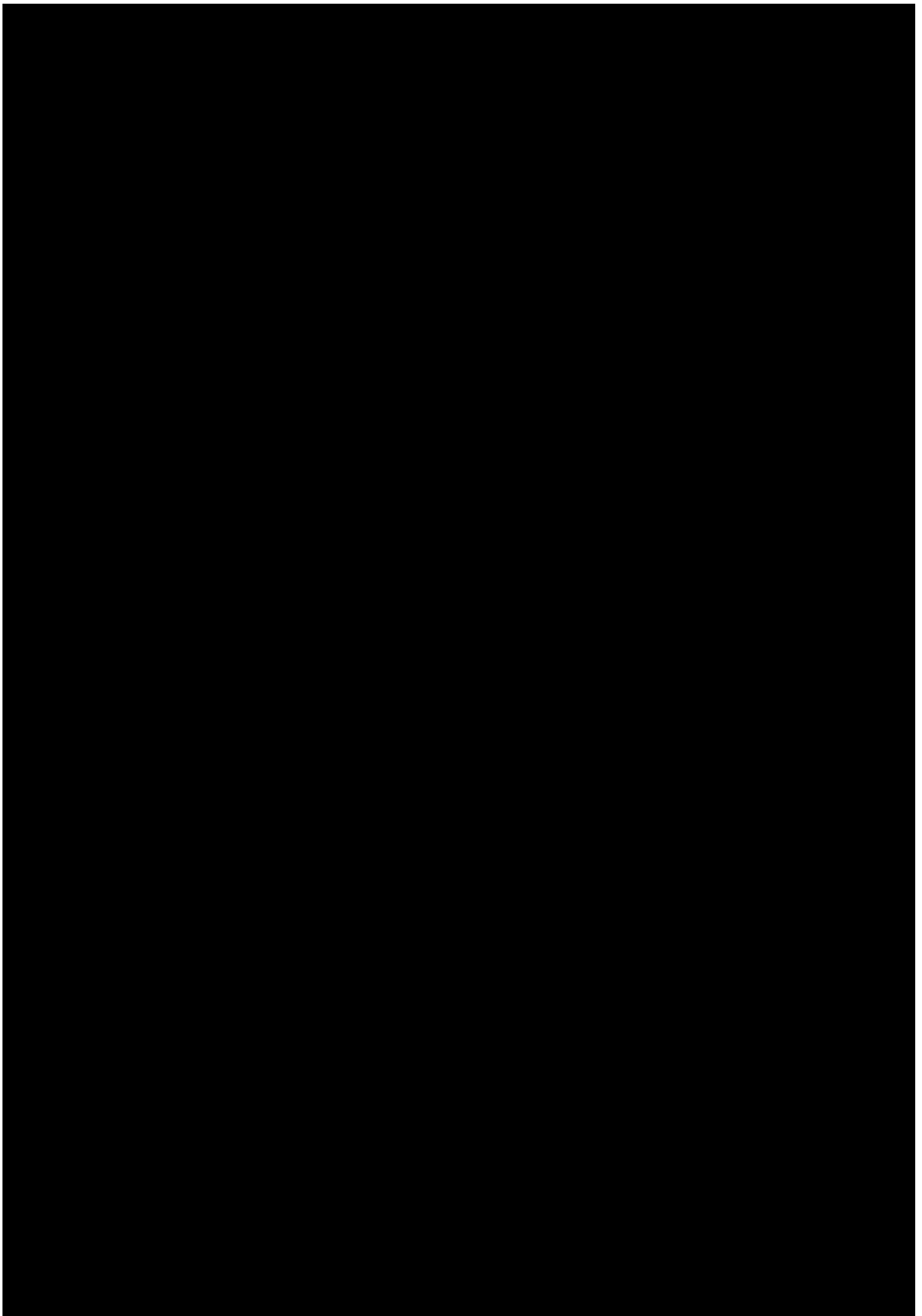


# Krajský úřad Středočeského kraje

ODBOR SOCIÁLNÍCH VĚCÍ

Toto rozhodnutí nabylo právní moci  
dne ..... 12. 4. 2013 .....  
Krajský úřad Středočeského kraje  
odbor ..... OSU ..... podpis

[The body of the page is almost entirely obscured by a large black redaction box.]



**Krajský úřad Středočeského kraje**

ODBOR SOCIÁLNÍCH VĚCÍ

