Poistenie zodpovednosti za škodu

spôsobenú výkonom profesie

Návrh

Oblasť 82000

Zodpovedajúce okienka označte krížikom, údaje vyplňte paličkovým písmom

Číslo návrhu: 8100078886

☑ Nová poistná zmluva ☐ Prepracovanie zmluvy
☐ Zmena existujúcej zmluvy

Nákladové číslo: 5 6 0

Získateľské číslo: 7 2 7 6 6 3 0 8

POISTNÍK/platiteľ poistného

Priezvisko, meno, titul/Názov[1]	Obec Kravany	RČ/IČO[1]	00326291
Trvalý pobyt/ulica, č.d.	Kravany 111	PSČ 059 18	Miesto/štát Kravany
Korešp. adr. v SR/ulica, č.d.			
Typ preuk. totož. OP		gán/štát	Poprad,SR
Tel. číslo 0907 924 680	E-mail kravany@obeckravany.sk	Kat. klienta 320	Štát. prísl. SR

POISTENÝ

Je poistený súčasne poistníkom? ☑ áno ☐ nie *Ak áno, uveďte jeho osobné údaje len v časti pre poistníka.*

Priezvisko, meno, titul		RČ/IČO[1]	
Trvalý pobyt/ulica, č.d.	PSČ	Miesto/štát	
Korešp. adr. v SR/ulica, č.d.	PSČ	Miesto	
Typ preuk. totož. / Číslo	Dát. vydania	Vydal orgán/štát	
Tel. číslo / E-mail		Kategória klienta	Štát. prísl.

Doba trvania poistenia

Začiatok poistenia	23.01.2021	Zmena poistenia	. . 20	**Koniec poistenia**	30.04.2021

(Poistenie sa začína, resp. mení nultou hodinou dňa uvedeného ako začiatok, resp. zmena poistenia a končí sa nultou hodinou dňa uvedeného ako koniec poistenia)

Platenie poistného

Spôsob platenia poistného: ☐ Trvalý príkaz ☐ Inkaso ☒ Príkaz na úhradu ☐ Poštová poukážka

Periodicita platenia: ☐ Ročne ☐ Polročne ✕ Jednorazovo

Č. účtu v IBAN:

IBAN je štandardný medzinárodný formát čísla účtu

Predchádzajúce poistenia *(bolo poistenému navrhované poistenie vypovedané alebo zamietnuté?)*
poisťovňa, rok, číslo poistnej zmluvy, druh poistenia, dôvod *(* ak daný priestor nie je postačujúci, doplňte údaje v poznámke)*

☐ áno ☒ nie

Škodovosť *(vznikli v minulosti škody alebo boli vznesené nároky voči poistenému z výkonu činnosti poisťovanej týmto návrhom PZ?)*
ak áno, uveďte rok a rozsah škody *(* ak daný priestor nie je postačujúci, doplňte údaje v poznámke)*

☐ áno ☒ nie

Poznámky

Prílohy

Uveďte presný názov Zmluvných dojednaní, klauzúl alebo iných príloh, ktoré sa dojednávajú k poisteniu podľa tohto návrhu PZ.

Zmluvné dojednania pre poistenie zodpovednosti za škodu z prevádzky neštátnych zdravotníckych zariadení - 2006 (ďalej len "ZD")

Vysvetlivky: [1] *ak je poistníkom právnická osoba uveďte v príslušnej časti IČO a názov právnickej osoby*

Priezvisko a meno obchodného zástupcu (OZ)	Číslo OZ	Kontakt na OZ (tel. číslo, e-mail)
Ingrid Sarnovská	72766308	0917984613, sarnovska.ingrid@uniqa.sk

Z/009/20

Druh poistenia:
Zmluvné poistenie zodpovednosti za škodu spôsobenú výkonom profesie Podoblasť

Profesia, druh Neštátne zdravotnícke zariadenie, činnosť MOM	Počet ~~zamestnancov~~ MOM:
Obrat poisteného v € xxx	Za zdaňovacie obdobie xxx

Číslo návrhu

Miesto poistenia
Územná platnosť poistenia: ☒ Slovenská republika iná

Pre tento druh poistenia platia Všeobecné poistné podmienky pre zmluvné poistenie zodpovednosti za škodu spôsobenú výkonom profesie - 2006
príslušné Zmluvné dojednania, klauzuly a iné prílohy uvedené na tomto návrhu zmluvy.

Položky predmetu poistenia

Krytie	Predmet poistenia	Poistná suma	~~Ročné~~ poistné na krytie rizika
01	Poistenie zodpovednosti za škodu spôsobenú výkonom profesie	10 000.- €	150.- €

Spoluúčasť	- %	Daň z poistenia (8 %)	Poistné za poistné obdobie vrátane dane	Splátka poistného vrátane dane
min.	100,00 €			
max.	100,00 €	12.- €	162.- €	162.- €

Nespotrebované poistné žiadam v plnej výške: ☐ preúčtovať v prospech ďalšej splátky poistného ☐ vrátiť na číslo účtu
Č. účtu v IBAN:

Podmienky poistenia:

1. Územná platnosť poistenia: Slovenská republika.
2. Poistený nie je povinný predkladať zoznam zamestnancov v zmysle čl. 4 písm d) ZD.
3. Dohodnutá spoluúčasť je 100,00 € na každú poistnú udalosť.
4. Poistenie sa vzťahuje na len na poskytovanú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s činnosťou Mobilných Odberných Miest (MOM) pre testovanie populácie na koronavírus.
5. Akékoľvek priame alebo nepriame škody spôsobené infekčnými chorobami sú z poistenia vylúčené.
6. Poistenie sa vzťahuje aj na spolupoistené osoby: zdravotníci, dobrovoľníci a iné fyzické osoby zabezpečujúce chod a priebeh testovania populácie na koronavírus.
7. Odchýlne od čl. 1 ods. 3 ZD sa dojednáva, že zodpovedný zástupca môže byť v pracovnoprávnom pomere alebo v inom obdobnom právnom vzťahu z poisteným (dohoda o vzkonaní práce, dohoda o dobrovoľnej činnosti a pod.)

Číslo návrhu

8100078886

VYHLÁSENIA

VYHLÁSENIE POISTNÍKA:

Vyhlasujem a svojim podpisom potvrdzujem, že mi bol riadne v dostatočnom časovom predstihu pred podpisom návrhu poistnej zmluvy (ďalej len „návrh") obchodným zástupcom poistiteľa (osobou sprostredkujúcou poistný produkt) **poskytnutý Informačný dokument o príslušnom poistení (IPID)** vypracovaný v súlade so smernicou Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/97 a Vykonávacím nariadením Komisie (EÚ) 2017/1469, tak aby som mohol prijať informované rozhodnutie o uzavretí poistnej zmluvy. **Svojím podpisom potvrdzujem,** že pred podpisom tohto návrhu som bol podrobne oboznámený s písomnými vyhotoveniami všeobecných poistných podmienok, zmluvných podmienok (ďalej len „podmienky") a zmluvných dojednaní, ktorými sa poistenie dojednané podľa tohto návrhu riadi a súhlasím s nimi. Uvedené podmienky tvoria neoddeliteľnú súčasť poistnej zmluvy. Zároveň potvrdzujem v čase pred podpisom návrhu poistnej zmluvy prevzatie písomných podmienok alebo ich prevzatie elektronickou poštou. **Beriem na vedomie,** že podmienky v písomnej forme sú k dispozícii na verejne dostupnej internetovej stránke poistiteľa www.uniqa.sk, ako aj na pobočkách, resp. obchodných miestach poistiteľa. **Beriem na vedomie,** že pri výpočte poistného a súvisiacom zaokrúhľovaní, môže dôjsť pri spracovaní k rozdielu oproti poistnému, ktoré je uvedené v tomto návrhu. Súhlasím s tým, že poistiteľ je oprávnený jednostranne upraviť výšku poistného, a to do výšky nepresahujúcej 0,5 % z poistného za poistné obdobie vrátane dane.

SANKČNÁ KLAUZULA

Bez ohľadu na všetky ostatné ustanovenia tejto poistnej zmluvy, poskytne poistiteľ poistnú ochranu a poistné plnenie alebo iné plnenie z poistnej zmluvy iba v prípade, ak takýto postup nie je v rozpore so žiadnymi ekonomickými, obchodnými alebo finančnými sankciami a/alebo embargami Bezpečnostnej rady OSN, Európskej únie alebo akýmikoľvek ustanoveniami vnútroštátnej legislatívy či legislatívy Európskej únie, ktorá sa uplatňuje na účastníkov poistného vzťahu založeného touto poistnou zmluvou. Toto ustanovenie sa vzťahuje aj na ekonomické, obchodné alebo finančné sankcie a/alebo embargá vydané Spojenými štátmi americkými alebo inými krajinami, pokiaľ nie sú v rozpore s legislatívou Európskej únie alebo vnútroštátnou legislatívou vzťahujúcou sa na účastníkov poistného vzťahu založeného touto poistnou zmluvou. Ustanovenia tejto sankčnej klauzuly sa vzťahujú rovnako aj na zaistné zmluvy.

OCHRANA OSOBNÝCH ÚDAJOV

Svojím podpisom beriem na vedomie, že UNIQA poisťovňa, a.s. a jej sprostredkovatelia spracúvajú v zmysle nariadenia 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) moje osobné údaje v rozsahu stanovenom v poistnej zmluve v rámci činností v sektore poistenia a činností súvisiacich s poisťovacou a zaisťovacou činnosťou, a to po dobu nevyhnutne potrebnú na zabezpečenie práv a povinností vyplývajúcich zo zmluvného vzťahu založeného na základe poistnej zmluvy. Spracúvanie mojich osobných údajov je v súlade s článkom 6 ods. 1 písm. b) všeobecného nariadenia o ochrane osobných údajov potrebné na plnenie tejto poistnej zmluvy. Beriem na vedomie, že moje osobné údaje môžu byť poskytnuté aj iným subjektom podnikajúcim v oblasti poistenia, zaistenia a bankovníctva. Vyhlasujem, že za účelom uzavretia tejto poistnej zmluvy som pri poskytnutí svojich osobných údajov poistiteľovi UNIQA poisťovňa, a.s. bol/a dostatočne a zrozumiteľne informovaný/á o svojich právach vyplývajúcich zo spracúvania mojich osobných údajov, o prenose mojich osobných údajov do tretích krajín, o povinnosti osobné údaje poskytnúť v súvislosti so zákonnými alebo zmluvnými požiadavkami, ako aj o ďalších relevantných skutočnostiach obsiahnutých v dokumente označenom ako „Informácie o podmienkach spracúvania osobných údajov", ktorého jedno vyhotovenie som osobne alebo elektronickou poštou prevzal/a. Beriem na vedomie, že aktuálna verzia „Informácie o podmienkach spracúvania osobných údajov" je dostupná na ktoromkoľvek zastúpení UNIQA poisťovňa, a.s. a na webovom sídle www.uniqa.sk.
Svojím podpisom potvrdzujem pravdivosť všetkých údajov uvedených v návrhu a žiadam o uzatvorenie/zmenu poistenia v rozsahu tohto návrhu poistnej zmluvy.

V Kežmarku dňa 22.1.2021 .....
Podpis poistníka

VYHLÁSENIE POISTITEĽA:

Vyhlasujem, že som ako zástupca poistiteľa zaznamenal na základe informácií poistníka jeho požiadavky a potreby, finančnú situáciu ako aj jeho skúsenosti a znalosti týkajúce sa poistenia. Na základe týchto informácií vyhlasujem, že poistný produkt, ktorý má záujem uzatvoriť poistník je pre poistníka vhodný.
Potvrdzujem prevzatie tohto návrhu na uzavretie (zmenu) poistnej zmluvy menom poistiteľa - UNIQA poisťovne, a.s. Poistná zmluva vznikne (zmení sa) doručením oznámenia o prijatí návrhu poistiteľom klientovi v lehote šiestich týždňov odo dňa prevzatia návrhu.

V Kežmarku dňa 22.1.2021 Ingrid Sarnovská .....
Meno obchodného zástupcu poistiteľa — Podpis obchodného zástupcu poistiteľa

Poistiteľ tento návrh prijíma, čím je poistná zmluva platne uzavretá, respektíve navrhovaná zmena akceptovaná.

V ..... dňa ....
Meno osoby oprávnenej k prijatiu návrhu — Podpis osoby oprávnenej k prijatiu návrhu