



Poistenie zodpovednosti za škodu

sposobenú výkonom profesie

Návrh

Oblasť **82000**

Zodpovedajúce okienka označte krížikom, údaje vyplňte paličkovým písmom

Číslo návrhu 8100078812	<input checked="" type="checkbox"/> Nová poisťná zmluva	<input type="checkbox"/> Prepracovanie zmluvy	Nákladové číslo 657
	<input type="checkbox"/> Zmena existujúcej zmluvy		Získateľské číslo 42466039

POISTNÍK/platiteľ poisťného

Priezvisko, meno, titul/Názov ¹ Obec Spišský Štvrtok	RČ/IČO ¹ 00529651
Trvalý pobyt/ulica, č.d. Tatranská 4, Sp.Štvrtok	PSČ 05314 Miesto/štát Sp.Štvrtok / Slovensko
Korešp. adr. v SR/ulica, č.d.	PSČ Miesto
Typ preuk. totož.	Číslo Dát. vydania
Tel. číslo	E-mail
	Vydal orgán/štát
	Kat. klienta
	Štát. prísl.

POISTENÝ

Je poisťený súčasne poisťníkom? áno nie

Ak áno, uveďte jeho osobné údaje len v časti pre poisťníka.

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
Tel. číslo	E-mail
	Vydal orgán/štát
	Kategória klienta
	Štát. prísl.

Doba trvania poistenia

Začiatok poistenia 22.01.2021	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 poisťného Spôsob platenia poisťného: Trvalý príkaz Inkaso Príkaz na úhradu Poštová poukážka
 Periodicita platenia: Ročne Polročne

Č. účtu v IBAN: **SKB2 5600 0000 0034 1214 3001**

IBAN je štandardný medzinárodný formát čísla účtu

Predchádzajúce poistenia (bolo poisťnému navrhované poistenie vypovedané alebo zamietnuté?)

poisťovňa, rok, číslo poisťnej 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 poisťnému 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

2 odberové miesta, č. ú. SK 98 1100 0000 0026 43005034

Prílohy

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

Vysvetlivky: ¹ ak je poisťníkom právnická osoba uveďte v príslušnej časti IČO a názov právnickej osoby

Priezvisko a meno obchodného zástupcu (OZ) Peter Malinič	Číslo OZ 42466039	Kontakt na OZ (tel. číslo, e-mail) 0903 639 577 malinic.peter@uniqa.sk
---	--------------------------	---

Z/009/20

UNIQA poisťovňa, a.s., Krasovského 15, 851 01 Bratislava, Slovenská republika

Infolinka: (+421) 2 32 600 100, Web: www.uniqa.sk, E-mail: poisťovna@uniqa.sk,

IČO: 00 653 501, DIČ: 2021096242, IČ DPH: SK7020000471, Obchodný register Okresného súdu Bratislava I, Oddiel: Sa, vložka číslo: 843/B

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

8100078812

Miesto poistenia

Územná platnosť poistenia: Slovenská republika

iná

Pre tento druh poistenia platia Všeobecné poisťné 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	Poisťná suma	Ročné poisťné na krytie rizika
01	Poistenie zodpovednosti za škodu spôsobenú výkonom profesie	30 000,- €	246,00 €

Spoluúčasť	Daň z poistenia (8%)	Poisťné za poisťné obdobie vrátane dane	Splátka poisťného vrátane dane
min. 100,00 €	22,08 €	298,08 €	298,08 €
max. 100,00 €			

Nespotrebované poisťné žiadam v plnej výške: preúčtovať v prospech ďalšej splátky poisťného 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 poisťnú udalosť.
4. Poistenie sa vzťahuje na len na poskytovanú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s činnosťou Mobilných Odborných 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

8100048812

VYHLÁSENIA

VYHLÁSENIE POISTNÍKA:

Vyhlasujem svojím podpisom potvrdzujem, že mi bol riadne v dostatočnom časovom predstihu pred podpisom návrhu poistnej zmluvy (ďalej len „návrh“) obchodným zástupcom poisťiteľa (osobou sprostredkujúcou poistný produkt) poskytnutý Informačný dokument 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 poisťiteľa www.uniqa.sk, ako aj na pobočkách, resp. obchodných miestach poisťiteľa. 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 poisťiteľ 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 poisťiteľ 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 zaistovacou 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 poisťiteľovi 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 Sr. Štefánka dňa 21.01.2021

Podpis poistníka

VYHLÁSENIE POISTITEĽA:

Vyhlasujem, že som ako zástupca poisťiteľa 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 poisťiteľa - UNIQA poisťovne, a.s. Poistná zmluva vznikne (zmení sa) doručením oznámenia o prijatí návrhu poisťiteľom klientovi v lehote šiestich týždňov odo dňa prevzatia návrhu.

V Sr. Štefánka dňa 21.01.2021

Meno obchodného zástupcu poisťiteľa

Podpis obchodného zástupcu poisťiteľa

Poisťiteľ tento návrh prijíma, čím je poistná zmluva platne uzatvorená, respektíve navrhovaná zmena akceptovaná.

V Sr. Štefánka dňa 21.01.2021

Meno osoby oprávnenej k prijatiu návrhu

Podpis osoby oprávnenej k prijatiu návrhu