



OBEC ŠTOLA

Dátum: 26. 04. 2021

Poistenie zodpovednosti za škodu

spôsobenú výkonom profesie

Návrh

Číslo ospráva: 321 Číslo spisu: OS-41-002/2021

Oblasť 82000

Zodpovedajúce okienko označte krížikom, údaje vyplňte paličkovým písmom

Číslo návrhu

8100080237

 Nová poisťná zmluva Prepracovanie zmluvy Zmena existujúcej zmluvy

Nákladové číslo 5 6 0

Ziskateľské číslo 7 2 7 6 6 3 0 8

POISTNÍK/platiteľ poisťného

Priezvisko, meno, titul/Názov ¹ Obec Štola		RČ/IČO ¹ 00691836
Trvalý pobyt/ulica, č.d. 29	PSČ 059 37	Miesto/štát Štola/SR
Korešp. adr. v SR/ulica, č.d.	PSČ	Miesto
Typ preuk. totož. OP	Číslo	Dát. vydania
Tel. číslo +421917815303	E-mail starosta@stola.sk	Vydal orgán/štát Poprad, SR
		Kat. klienta 320 Štát. prísl. SR

POISTENÝ

Je poistený 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 01. 05. 2021	Zmena poistenia	20	Koniec poistenia 30.6.2021
---------------------------------	-----------------	----	----------------------------

(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 poukážkaPeriodicita 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 poisťnej zmluvy, druh poistenia, dôvod (* ak daný priestor nie je postačujúci, doplňte údaje v poznámke) áno nieŠkodovosť (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 nešťátnych zdravotníckych zariadení - 2006 (ďalej len "ZD")

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

UNIQA	Ingrid SARNOVSKÁ partner agentúry 7 276 6308 mobil: +421 917 984 613 e-mail: sarnovska.ingrid@uniqa.sk	UNIQA	Číslo OZ Ingrid SARNOVSKÁ partner agentúry 7 276 6308 mobil: +421 917 984 613 e-mail: sarnovska.ingrid@uniqa.sk	UNIQA	Kontakt na OZ Ingrid SARNOVSKÁ partner agentúry 7 276 6308 mobil: +421 917 984 613 e-mail: sarnovska.ingrid@uniqa.sk

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

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

Podoblast'

Profesia, druh Neštátne zdravotnícke zariadenie, činnosť MOM

Počet zamestnanev MOM

Obrat poisteného v € XXX

Za zdaňovacie obdobie XXX

Číslo návrhu

8100080237

Miesto poisteniaÚzemná 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	10 000.- €	75.- €

Spoluúčasť	Daň z poistenia (8%)	Poisťné za poisťné obdobie vrátane dane	Splátka poisťného vrátane dane
min. 100,00 €	6.- €	81.- €	81.- €
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.)

ANZVOHSAZ Nizoz
 PUBLISCH VERBOD
 0024 8121
 0024 8121
 ANZVOHSAZ Nizoz

ANZVOHSAZ Nizoz
 PUBLISCH VERBOD
 0024 8121
 0024 8121
 ANZVOHSAZ Nizoz

ANZVOHSAZ Nizoz
 PUBLISCH VERBOD
 0024 8121
 0024 8121
 ANZVOHSAZ Nizoz

Číslo návrhu

8100080237

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 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 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 akýmkoľvek 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 činnosti v sektore poistenia a činnosti 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 tretej krajiny, 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 Štôle dňa 26.4.2021

Podpis poistníka

ZVEREJNENÉ: 26.04.2021

ÚČINNOSŤ: 27.04.2021

VYHLÁSENIE POISŤITEĽA:

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 (zmeni sa) doručením oznámenia o prijatí návrhu poisťiteľom klientovi v lehote šiestich týždňov odo dňa prevzatia návrhu.

v Štôle dňa 26.4.2021

Ingrid Sarnovská

Meno obchodného zástupcu poisťiteľa

Ingrid SARNOVSKÁ
partner agentúry
UNIQA
7 275 6398
Mobil: 021 817 984 813

Podpis obchodného zástupcu poisťiteľa sk

Poisťiteľ 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