



SÚHRNNÝ NÁVRH POISTNEJ ZMLUVY PP01

Poistná zmluva je uzavretá podpisom tohto návrhu oboma zmluvnými stranami

x Nová poistná zmluva

- Zmena poistnej zmluvy číslo
uzatvorenej dňa

.

V prípade dojednania zmeny poistnej zmluvy, uveďte dôvod zmeny:

--

i ____ Náhrada poistnej zmluvy číslo

--

Nahrádzaná poistná zmluva zaniká dňom, ktorý predchádza dňu vzniku poistenia novej poistnej zmluvy. Uveďte dôvod náhrady:

--

Nespotrebované poistné z nahrádzanej poistnej zmluvy sa: • vráti poistníkovi

- prevedie na nahrádzajúcu poistnú zmluvu





9873005935



Súhrnný návrh poisťnej zmluvy

Poistovateľ

Allianz - Slovenská poisťovňa, a. s.,
Dostojevského rad 4,
815 74 Bratislava 1, Slovenská republika,
Bankové spojenie: SK17 1100 0000 0026 2600 6702 BIC: TATRSKBX

Zapísaná v Obch. registri Okr. súdu Bratislava I,
Oddiel: Sa, Vložka číslo 196/B
IČO: 00151 700
IČ DPH: SK2020374862, DIČ: 2020374862

Poistník

Obchodné meno:	Národný ústav reumatických chorôb				
IČO/RČ:	00165271	Zapísaná:	☒ v Obchodnom registri SR	☒ v Živnostenskom registri SR	☐ iné
DIČ	Vedenom kým: MZ SR			Číslo:	
č. bank. účtu:					

Sídlo

Ulica a popisné č.:	Nábr. I. Krásku 4				
Sídlo:	Piešťany			PSČ:	92112

Zastúpený oprávnenou osobou č. 1

Meno:	Jozef	Priezvisko:	Rovenský, DrSc.		
Rodné číslo:	/	Preukaz totož. č.:	EA041665	štátna prísluš.:	SR
Titul:	prof. MUDr.				
Bydlisko:	Saratovská 8, Bratislava			PSČ:	84102

Zastúpený oprávnenou osobou č. 2

Meno:		Priezvisko:			
Rodné číslo:	/	Preukaz totož. d.:		štátna prísluš.:	SR
Titul:					
Bydlisko:				PSČ:	

Korešpond. adresa

Ulica a popisné č.:		Telefonický kontakt:			
Obec/ mesto:		PSČ:			
Email:					

Poistený (vyplňte, ak sa líši od poistníka)

Obchodné meno:	v zmysle Doložky L: Klinické skúšanie produktov a liekov				
IČO/RČ:		Zapísaná:	☒ v Obchodnom registri SR	☒ v Živnostenskom registri SR	☐ iné
DIČ:		Vedenom kým:		Číslo:	
č. bank. účtu:					
Ulica a popisné č.:					
Sídlo:	Piešťany			PSČ:	92112

Informácie pre účely správy poistenia

Iškatelské číslo 1:	00009038	Obchodné meno:			
MA číslo:		MA meno:			
Priezvisko a meno oprávneného zástupcu poistovateľa:			Telefonický kontakt:		
Získateľské číslo 2:		Obchodné meno:		Podiel na provízií [%]:	/
Poznámka:	UW: Alena Marekova				

tyhlasenie Poistník berie na vedomie, že je povinný bezodkladne oznámiť poisťovateľovi všetky zmeny údajov v tomto návrhu poisťnej zmluvy a prílohách.

potstfnka

- Vyhlasujem, že som bol pred uzavretím poisťnej zmluvy oboznámený s Všeobecnými poisťnými podmienkami. Zmluvnými dojednaniami a prílohami, ktoré sa vzťahujú k dojednanému poisteniu a tvoria jeho neoddeliteľnú súčasť. Potvrdzujem, že som príslušné dokumenty osobne obdržal.
- Vyhlasujem, že som bol pred uzavretím poisťnej zmluvy oboznámený s Informáciou o podmienkach uzavretia poisťnej zmluvy. Uvedená informácia je k dispozícii aj na www.allianzsp.sk/pp/kpp
- Vyhlasujem, že všetky moje odpovede na písomné otázky poisťovateľa ohľadne poistenia sú úplné a pravdivé.
- Poistník je povinný poisťovateľovi poskytnúť a umožniť získať kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním osobné údaje, ako aj ďalšie údaje požadované poisťovateľom v zmysle zákona č. 8/2008 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Poistník svojim podpisom na poisťnej zmluve potvrdzuje, že bol oprávneným zástupcom poisťovateľa oboznámený so všetkými skutočnosťami vyplývajúcimi z § 15 ods. 1 zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon o ochrane osobných údajov“) a dáva poisťovateľovi súhlas so sprístupňovaním/poskytovaním osobných údajov v nevyhnutnom rozsahu tretím stranám a s ich spracúvaním tretími stranami v súvislosti so správou poistenia, likvidáciou poisťných udalostí, vymáhaním pohľadávok, zaistovníam za účelom zaistenia a peňažným ústavom za účelom vinkulácie. Súhlas sa udeľuje na dobu do vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poisťnej zmluvy a počas tejto doby nie je možné ho účinne odvolať. Pre prípad, že sú v poisťnej zmluve uvedené osobné údaje inej osoby, poistník vyhlasuje a svojim podpisom potvrdzuje, že dotknutá osoba, ktorej osobné údaje poskytol, udelila predchádzajúci písomný súhlas so spracúvaním svojich osobných údajov na účely poisťnej zmluvy. Poistník je povinný preukázať poisťovateľovi kedykoľvek na jeho žiadosť, že disponuje uvedeným písomným súhlasom dotknutej osoby. Poistník je povinný nahlásiť poisťovateľovi akúkoľvek zmenu svojich osobných údajov, ako aj zmenu osobných údajov inej dotknutej osoby, ktorej osobné údaje poskytol. Práva dotknutej osoby pri spracúvaní osobných údajov sú upravené v § 28 zákona o ochrane osobných údajov. V prípade, že má poisťovateľ podľa zákona o ochrane osobných údajov oznamovaciu povinnosť voči dotknutej osobe, táto oznamovacia povinnosť môže byť splnená aj tak, že sa daný oznam uverejní na príslušnej internetovej stránke poisťovateľa.

e) Poistnú zmluvu uzavieram vo vlastnom mene: ☒ ÁNO, ☐ NIE, v tom prípade je súčasťou poisťnej zmluvy tlačivo: Preukázanie rozsahu starostlivosti

Sankčná doložka

Podpis poistníka a podpis poisťovateľa sú súčasťou zmluvy. Sankčná doložka, tvoriaca súčasť tohto súhrnného návrhu poisťnej zmluvy.





9873005935

Rekapitulácia
poistného

• Poistenie majetku.....	počet príloh:	0	poistné celkom:	0,00	EUR
• Poistenie strojov - technické riziká.....	počet príloh:	0	poistné celkom:	0,00	EUR
• Poistenie prerušenia prevádzky.....	počet príloh:	0	poistné celkom:	0,00	EUR
• Poistenie nákladu.....	počet príloh:	0	poistné celkom:	0,00	EUR
• Poistenie vozidiel autosalónov.....	počet príloh:	0	poistné celkom:	0,00	EUR
• Poistenie hospodárskych zvierat.....	počet príloh:	0	poistné celkom:	0,00	EUR
• Poistenie plodín.....	počet príloh:	0	poistné celkom:	0,00	EUR
• Prevádzková zodpovednosť za škodu.....	počet príloh:	0	poistné celkom:	0,00	EUR
• Zodpovednosť za environmentálnu škodu.....	počet príloh:	0	poistné celkom:	0,00	EUR
• Zodpovednosť za škodu cestného dopravcu.....	počet príloh:	0	poistné celkom:	0,00	EUR
• Profesijsná zodpovednosť za škodu - lekári.....	počet príloh:	1	poistné celkom:	4 550,00	EUR
• Profesijsná zodpovednosť za škodu - ekonom., právne profesie....	počet príloh:	0	poistné celkom:	0,00	EUR
• Profesijsná zodpovednosť za škodu - U.....	počet príloh:	0	poistné celkom:	0,00	EUR
• Poistenie bytových domov.....	počet príloh:	0	poistné celkom:	0,00	EUR
• Stavebné poistenie.....	počet príloh:	0	poistné celkom:	0,00	EUR

Výpočet
poistného

Celkové poistné:

(V prípade nepriaznivého škodového priebehu v predchádzajúcom poistnom období bonus na nasledujúce poistné obdobie zaniká v plnej výške).

Obchodná zľava: 5 % + Bonus:

Minirálne poistné:

Celkové poistné po zľave (CP):

Vznik
a zánik
poistenia
/zmena
poistenia

Vznik poistenia / Zmena poistenia od

1 2 0 1 4

00:00 hodín

Poistenie je dlhodobé na dobu neurčitú. (Poistné obdobie je 7 rokov a predlžuje sa o ďalší rok, pokiaľ nedôjde k výpovedi poistenia.)

x Poistenie je na dobu určitú do:

1 0 | 0 3 20 1 5

Bežné
poistné

Poistné obdobie: bežný rok QJ kalendárny rok

Výročný deň (deň a mesiac): | 111 j 03

(Prvý deň dojednaného poistného obdobia. Pre kalendárny rok: 01.01.)

ročná splátka

polročné splátky
1/2 CP x prirážka 3%x štvrtročné splátky
1/4 CP x prirážka 5%

Lehotné poistné:

1 134,66 EUR

Jednorazové
poistné

splátka naraz

splátka v splátkach -

1. splátka:

vo výške:

EUR

2. splátka:

vo výške:

EUR

3. splátka:

vo výške:

EUR

Údaje pre platbu
poistného

x Bankovým prevodom V hotovosti - doklad č: 3 3 3

Bankové spojenie: SK171100 0000 0026 2600 6702 BIC TATRSKBX

Pre platbu prvého poistného uvádzajte ako variabilný symbol číslo tohto návrhu na poistenie (uvedené vyššie). Pre platbu náskladného poistného uvádzajte ako variabilný symbol Oslo
poistnej zmluvy, ktoré Vám bude oznámené na tlačítku Poistka. Bežné poistné je splatné prvým dňom poistného obdobia a jedno razové poistné dňom /zniku poistenia. V prípade
d)jednaní platenia bežného poistného vo forme ročných/polročných /štvrtročných splátok, prvá splátka poistného je splatná deň vzniku poistenia, ďalšia splátka poistného je
splatná v deň, ktorý sa svojim číselným označením zhoduje s výročným dňom poistenia, a to dvanásteho/šiesteho/tretieho nrtieho nasledujúceho to splatnosti predchádzajúcej splátky
poistného.V prípade dojednaní platenia jednorazového poistného vo forme individuálnych splátok sú splátky splatné v dojednaných termínoch splatnosti.

Vyhlásenie
oprávneného
zástupcu
poisťovateľa

Vyhlasujem, že som overil totožnosť klienta podľa dokladu totožnosti

Miesto uzavretia poistnej zmluvy/zmeny poistnej zmluvy

Bratislava

Dátum uzavretia poistnej zmluvy/zmeny poistnej zmluvy

0 6 | 0 ~ 3 | 12 0 1 4

podpis a odtlačok pečiatky poistníka

Národný ústav
reumatických chorôb
921 12 Piešťanypodpis a odtlačok pečiatky oprávneného zástupcu
poisťovateľa

Alena Ilyarekova

meno a priezvisko osoby zodpovednej za upisovanie
Allianz - Slovenská poisťovňa, a.s.

Profesijná zodpovednosť za škodu - lekári

Poistená
zdravotná
starostlivosť

Druh zdravotníckeho zariadenia:

Q

ambulancia

Q

lekáreň

x

iné, uveďte: Nemocnica

Druh poskytovanej zdravotnej starostlivosti:

klinické skúšanie - v zmysle doložky L: Klinické skúšanie produktov a liekov

Dotazník

Uveďte počet zdravotníckych pracovníkov vo Vašom zdravotníckom zariadení:

Lekár Lekáreň / Lekárnik, Farmaceut				Ostatné zdravotnícké povolanie iné ako lekár (napr.logopéd, dentálny hygienik, fyzioterapeut, zubný technik,psychológ)				Povolenie vydané kým • Samosprávny kraj Ilg Ministerstvo zdravotníctva • Iné-uveďte: Povolenie vydané dňa Číslo povolenia 2013-001633-41			
Profesia	Klinický farmakológ (KF) - skúšanie liekov	počet	1	Profesia		počet		Disponujete lôžkovým oddelením?			
Profesia		počet		Profesia		počet		ä áno • nie počet lôžok:			
Profesia		počet		Profesia		počet		Výkonávate operačné výkony?			
Profesia		počet		Profesia		počet		8 áno • nie ak áno. uveďte:			
Profesia		počet		Profesia		počet		počet výkonov ročne:			
Asistujúci zdravotnícky pracovník (napr. zdravotná sestra, asistent, laborant). Uvedie:							počet	Operačné výkony sú poskytované v: • lokálnej anestéze • celkovej anestéze			

Poistná suma [EUR]: 200 000,00

Územná platnosť: SR

Spoluúčasť [EUR]: 100,00

Poistné

Výpočet poistného:

1. LEKÁR / LEKÁRNIK, FARMACEUT

	Počet lekárov / lekárnik, farmaceut	Sadzba [EUR]	Základné poistné [EUR]
1. Profesná skupina / lekárnik, farmaceut			
2. Profesná skupina			
3. Profesná skupina	1	4 550,00	4 550,00
Základné poistné - lekár / lekárnik, farmaceut			4 550,00

2. OSTATNÉ ZDRAVOTNÍCKE POVOLANIA INÉ AKO LEKÁR

	Počet	Sadzba [EUR]	Základné poistné [EUR]
1. Profesná skupina			
2. Profesná skupina			
3. Profesná skupina			
Základné poistné - iné ako lekár			0,00

3. ASISTUJÚCI ZDRAVOTNÝ PRACOVNÍK

	Počet	Sadzba [EUR]	Základné poistné (EUR)
sestra, sanitár, laborant, asistent, iné...			

Základné poistné spolu: 4 550,00

Zľavy/ Prirážky

Zľavy zo základného poistného spolu

Druh zľavy	Zľava [%]	Poistné [EUR]
Množstevná zľava	0,00	0,00
Zľava za dojednanú vyššiu spoluúčasť ako je základná	0,00	0,00
Zľava za členstvo v komore, asociácii	0,00	0,00

Prípoistenia:

Predmety poistenia - Prípoistenia (prirážka k základnému poistnému spolu)

Druh prípoistenia	Prípoistenie	Sublimit plnenia [EUR]	Prirážka [%]	Poistné [EUR]
Prevzaté dokumenty	• áno S nie			+
Iné:	• áno 0 nie			+
Iné:	• áno S nie			+
Iné:	• áno S nie			+

Poistné za prílohu

Celkové poistné za prílohu - lekári:

4 550,00

VPP.ZD

Všeobecné poistné podmienky pre poistenie zodpovednosti za škodu spôsobenú pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „VPP - L“) účinné od 1.01.2010 Doložky. Doložka L: Klinické skúšanie produktov a liekov

Vznik/zmena poistenia

Vznik/zmena poistenia na tejto prílohe od

11.03.2014 00:00:00

00:00 hod.

Dôvod zmeny:

Retroaktívny dátum od

00:00 hodín

Dátum uzavretia poistenia/zmeny poistenia na tejto prílohe

06.03.2014 00:00:00

Národný ústav
reumatických chorôb
921 12 Piešťany
-1-



podpis a odtlačok pečiatky poistníka

podpis a odtlačok pečiatky/ôprávneného zástupcu poisťovateľa