

## POISTNÁ ZMLUVA

### Poistenie zodpovednosti prevádzkovateľa zdravotníckeho zariadenia

**Union poisťovňa, a.s., Bajkalská 29/A, 813 60 Bratislava 1, Slovenská republika**

IČO: 31322051 DIČ: 2020800353

IBAN: SK59 1111 0000 0066 0054 7090, BIC: UNCRSKIX

zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava 1, odd. Sia, vi. Č. 383/B

(ďalej len „poisťovateľ“)

**Špecializovaná nemocnica sv. Svorada Zobor, n.o., Kláštorská 134, 949 88 Nitra**

IČO: 37971832/ DIČ: 2021877792

zapísaná v Štatistickom registri Štatistického úradu Slovenskej republiky

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia

Špecializovaná nemocnica sv. Svorada Zobor, n.o., Kláštorská 134, 949 88 Nitra

(ďalej len „poisťník a poistený“)

uzavierajú podľa § 788 a nasl. Občianskeho zákonníka č.40/1964 Zb. v znení neskorších zmien a doplnkov

#### zmluvu o poistení zodpovednosti za škodu prevádzkovateľa zdravotníckeho zariadenia

**Poistná doba:** od 12.03.2017

nie však skôr ako v deň nasledujúci po doručení potvrdenia o jej zverejnení poisťovateľovi, alebo ak takéto potvrdenie nebolo poisťovateľovi doručené v deň nasledujúci po dni jej zverejnenia v Obchodnom vestníku pokiaľ bola zverejnená na návrh poisťovateľa (ust. § 5a zák. č. 211/2000 Z. z. a §47a ods. 2 Občianskeho zákonníka) **na dobu neurčitú**

#### **Poistné obdobia:**

##### **technický rok**

odo dňa a mesiaca, ktorý sa svojím označením zhoduje s dňom a mesiacom účinnosti poisťnej zmluvy, príslušného kalendárneho roka

do dňa, ktorý predchádza dňu a mesiacu, ktorý sa svojím označením zhoduje s dňom a mesiacom účinnosti poisťnej zmluvy, bezprostredne nasledujúceho kalendárneho roka

#### **Predmet poistenia**

Poistenie sa vzťahuje na zodpovednosť poisteného za škodu:

a) vzniknutú inému chybou pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

b) spôsobenú inému (tretej osobe) činnosťou alebo v súvislosti s činnosťou prevádzkovateľa zdravotníckeho zariadenia (všeobecná zodpovednosť) v rozsahu podľa čl. 3 VPPZ,

ak poistený za škodu zodpovedá v zmysle príslušných právnych predpisov.

#### **Rozsah poistenia**

Rozsah poistenia zodpovednosti za škodu prevádzkovateľa zdravotníckeho zariadenia, práva a povinnosti poisteného, poisťníka a poisťovateľa určujú Všeobecné poisťné podmienky poistenia zodpovednosti za škodu VPPZ/0109 (ďalej len "VPPZ") a Osobitné dojednania ODZZ/0109 (ďalej len "ODZZ"), ktoré sú priložené k tejto poisťnej zmluve a tvoria jej neoddeliteľnú súčasť.

|                            |                                                                               |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Poistná suma v EUR:</b> | 300.000,00 za jednu a všetky poisťné udalosti počas jedného poisťného obdobia |
| <b>Spoluúčast' v EUR:</b>  | 10%, minimálne 30,00 EUR, maximálne 330,00 EUR                                |

|                                            |                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Druh poistného                             | bežné                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Frekvencia platenia poistného              | štvrtročne                                                                                                                                                                                                                                            |
| Poistné v poistnom období                  | 5 540,46 EUR                                                                                                                                                                                                                                          |
| Výška prvej splátky                        | 1 385,10 EUR                                                                                                                                                                                                                                          |
| Dátumy splatnosti prvej splátky poistného  | deň účinnosti poistnej zmluvy                                                                                                                                                                                                                         |
| Výška ďalších splátok poistného            | 1 385,12 EUR                                                                                                                                                                                                                                          |
| Dátum splatnosti ďalších splátok poistného | v deň, ktorý sa zhoduje označením s dňom účinnosti poistnej zmluvy a to tretí kalendárny mesiac nasledujúci po splatnosti predchádzajúcej splátky poistného (ak takýto deň v mesiaci nie je, je dňom splatnosti poistného posledný deň tohto mesiaca) |
| Prvé poistné zaplatené                     | bezhotovostne                                                                                                                                                                                                                                         |
| Druh avíza                                 | poštová poukážka                                                                                                                                                                                                                                      |
| Účet pre úhradu poistného                  | 6600547090/t 111 UniCredit Bank Czech Republic and Slovakia, a.s., pobočka zahraničnej banky<br>IBAN: SK59 1111 0000 0066 0054 7090, BIC: UNCRSKBX                                                                                                    |
| Variabilný symbol                          | 11313196                                                                                                                                                                                                                                              |

#### Záverečné ustanovenia

1. Pre doručovanie potvrdenia o zverejnení tejto poistnej zmluvy platí, že toto sa považuje za doručené poisťovateľovi dňom doručenia písomného potvrdenia, alebo dňom doručenia potvrdenia telefaxom, alebo dňom doručenia potvrdenia prostriedkami elektronickej komunikácie.
2. Poistník, ktorý má v zmysle zákona č. 211/2000 Z. z. povinnosť zverejňovať zmluvy, je povinný zverejniť túto poistnú zmluvu do 3 dní od jej uzavretia najneskôr však jeden deň pre účinnosťou poistnej zmluvy, a zároveň vydať poisťovateľovi písomné potvrdenie o zverejnení tejto poistnej zmluvy bezodkladne po jej zverejnení.
3. V prípade, ak poistník nedoručí poisťovateľovi potvrdenie o zverejnení tejto poistnej zmluvy v lehote do dvoch mesiacov od jej uzavretia, bude sa mať za to, že k uzavretiu tejto poistnej zmluvy nedošlo. To nepiatí ak v tejto lehote podá poisťovateľ návrh na zverejnenie tejto poistnej zmluvy v Obchodnom vestníku.
4. *Informácia o práve štátu, ktoré platí pre poistnú zmluvu:*  
Všetky spory vyplývajúce z poistnej zmluvy rozhoduje príslušný súd v Slovenskej republike podľa platných právnych predpisov Slovenskej republiky.
5. Osobitne sa dojednáva, že poistenie môže vypovedať podľa § 800 ods. 2 Občianskeho zákonníka ktorákoľvek zmluvná strana do dvoch mesiacov po uzavretí poistnej zmluvy. Výpovedná lehota je osemdeňná; jej uplynutím poistenie zanikne.
6. Poistník svojím podpisom potvrdzuje, že mu bol(i) pred uzavretím poistnej zmluvy odovzdaný(é) formulár(e) o dôležitých zmluvných podmienkach uzatvárajúcej poistnej zmluvy podľa §70 ods. 4 zákona o poisťovníctve.
7. Táto poistná zmluva sa vyhotovuje v dvoch rovnopisoch, po jednom pre každú zmluvnú stranu.

V Nitre, dňa 15.2.2017

V Bratislave, dňa 15.2.2017

pečiatka a podpis poisteného  
Ing. Erika Chudá, riaditeľka

pečiatka a podpis poisťovateľa  
Mgr. Andrea Rozsárová  
úsek externého predaja

Overenie identifikácie klienta:

meno a priezvisko: Ing. Erika Chudá

dátum narodenia:.....

druh a číslo dokladu totožnosti: .....  
.....

Číslo obch. zmluvy: 11-MAK-

Meno ziskateľa: UNIVERSAL

Číslo ziskateľa/panel: PANEL 6

191

maklérsky dom a.s.