

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: UNCRSKBX
zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava 1, odd. Sa, vl. č. 383/B
(ďalej len „poisťovateľ“)

a

Detská fakultná nemocnica Košice, Trieda SNP 1, 040 11 Košice
IČO: 00 606 715 / DIČ: 2020 777 880
zriadená Zriaďovacou listinou č. 1842/1990-A/I-3 zo dňa 18.12.1990
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia: Detská fakultná nemocnica Košice, Trieda SNP 1, 040 11 Košice
e-mail: sekretariat@dfnkosice.sk
číslo účtu: IBAN SK50 8180 0000 0070 0028 0825, BIC: SPSRSKBA
(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

Poisťná doba: od 01.07.2017,
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 alebo v Centrálnom registri zmlúv z titulu plnenia povinnosti poisťníka a poisteného (ust. § 5a zák. č. 211/2000 Z. z. a §47a ods. 2 Občianskeho zákonníka),
do 30.06.2018 na dobu určitú

Poisťné obdobia: zhodné s poisťnou dobou

Predmet poistenia

Poistenie sa vzťahuje na zodpovednosť poisteného za škodu:

- vzniknutú inému chybou pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.
- 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.

Poistná suma v EUR:	200.000,00 za jednu a všetky poistné udalosti počas doby poistenia
Spoluúčasť v EUR:	200,00

Druh poistného	jednorazové			
Frekvencia platenia poistného	štvrtročne			
Poistné za dobu poistenia v EUR	5.115,48			
Výška splátok v EUR	1.278,87	1.278,87	1.278,87	1.278,87
Dátumy splatnosti splátok	01.07.2017	01.10.2017	01.01.2018	01.04.2018
Prvé poistné zaplatené	bezhotovostne			
Druh avíza	poštová poukážka			
Účet pre úhradu poistného	IBAN: SK59 1111 0000 0066 0054 7090, BIC: UNCRSKBX			
Variabilný symbol	11-313469			

Osobitné dojednania

- Odchylné od čl. 3, písm. c) ODZZ/0109 sa dojednáva, že poistenie sa **vzťahuje** na zodpovednosť za škodu spôsobenú neoprávneným zásahom do práva fyzickej osoby na ochranu osobnosti spôsobenú poisteným pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, pod podmienkou právoplatného súdneho rozhodnutia. Ďalej sa dojednáva, že plnenie poisťovateľa v zmysle tohto odseku je obmedzené sumou 30.000,00 EUR za jednu a všetky poistné udalosti v poistnom období. Táto suma je sublimitom vo vzťahu k dohodnutej poistnej sume, tzn. že plnenie poisťovateľa pri jednej poistnej udalosti vrátane udalosti podľa tohto bodu nesmie presiahnuť sumu **200.000,00 EUR**. Poistený sa podieľa na poistnom plnení pri poistnej udalosti podľa tohto odseku spoluúčasťou vo výške 20%, najmenej 330,00 EUR.
- Okrem vylúčení z poistenia uvedených v čl. 5 VPPZ a v ODZZ sa poistenie nevzťahuje na škodu spôsobenú poškodením, zničením, stratou alebo odcudzením dokladov súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

Záverečné ustanovenia

- 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.
- 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. *Táto zmluva nadobúda účinnosť dňom nasledujúcim po dni jej zverejnenia v Centrálnom registri zmlúv.*
- V prípade, ak poisník 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 neplatí ak v tejto lehote podá poisťovateľ návrh na zverejnenie tejto poistnej zmluvy v Obchodnom vestníku.
- 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.
- 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 osemdeňá; 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.

Za poistníka:

Za poisťovateľa:

V Košiciach dňa 26.06.2017

V Bratislave dňa 22.06.2017

MUDr. Ingrid Urbančíková, PhD, MPH
generálna riaditeľka

Detská fakultná nemocnica Košice
Trieda SNP 1
040 11 Košice

Ing. Elena Májegová
členka predstavenstva

Union
Poisťovňa
Union poisťovňa, a.s.
Bajkalská 29/A, 813 60 Bratislava

Ing. Iveta Chválková
ekonomická riaditeľka

Ing. Jozef Koma, PhD.
člen predstavenstva

Obč.

[Signature]