



cert

# POISTKA

číslo

**8100078918**

pisomné potvrdenie o prijatí návrhu č. 8100078918

## Profesná zodpovednosť

Poistník:	Obec Miloslavov Radničné námestie 18/1 900 42 Miloslavov
RČ/IČO poistníka:	00304948
Poistený:	Obec Miloslavov Radničné námestie 18/1, 900 42 Miloslavov
RČ/IČO poisteného:	00304948
Začiatok poistenia:	23. 1. 2021
Koniec poistenia:	30. 4. 2021
Periodicita platenia poistného:	jednorázovo
Dátum splatnosti:	23. 1. 2021
Ročné poistné na krytie rizík:	-
Daň z poistenia (8 %):	27,00 eur
Poistné za poistné obdobie vrátane dane:	364,50 eur
Splátka poistného vrátane dane:	364,50 eur
Číslo vydania:	000
Účinnosť zmeny:	23. 1. 2021
Miesto poistenia:	

Druh poistenia: Neštátne zdravotné zariadenie - lekár

Rozsah poistenia je uvedený v prílohe, ktorá je neoddeliteľnou súčasťou tejto poistky.



Ing. Martin Žáček, CSc.  
predseda predstavenstva



Wolfgang Friedl  
podpredseda predstavenstva



### Miesto poistenia

Slovenská republika

### Neštátne zdravotné zariadenie - lekár

Predmet poistenia	Poistná suma	Jednorazové poistné
Zmluvné poistenie zodpovednosti za škodu spôsobenú výkonom profesie - neštátne zdravotnícke zariadenie / MOM Spoluúčasť: 100,00 eur	10 000,00 eur	337,50 eur

Na dojednané poistenie sa nevzťahuje indexácia

### Všeobecné zmluvné dojednania:

Pre tento druh poistenia platia Všeobecné poistné podmienky pre zmluvné poistenie zodpovednosti za škodu spôsobenú výkonom profesie - 2006, Zmluvné dojednania pre poistenie zodpovednosti za škodu z prevádzky neštátnych zdravotníckych zariadení - 2006, doplnené a modifikované klauzulami a inými prílohami pre tento druh poistenia uvedenými v tejto poistnej zmluve.

### Osobitné zmluvné dojednania:

1. Poistený nie je povinný predkladať zoznam zamestnancov v zmysle čl. 4 písm. d) ZD. 2. Poistenie sa vzťahuje len na poskytovanie zdravotnú starostlivosť v súvislosti s činnosťou Mobilných Odborných Miest /MOM/ pre testovanie populácie na koronavírus. 3. Akékoľvek priame alebo nepriame škody spôsobené infekčnými chorobami sú z poistenia vylúčené. 4. Poistenie sa vzťahuje aj na spolupoistené osoby: zdravotníci, dobrovoľníci a iné fyzické osoby zabezpečujúce chod a priebeh testovania populácie na koronavírus. 5. Odchýlne od čl. 1 ods. 3 ZD sa dojednáva, že zodpovedný zástupca môže byť v pracovnoprávnom pomere alebo v inom obdobnom právnom vzťahu s poisteným (dohoda o vykonaní práce, dohoda o dobrovoľnej činnosti a pod.).

Ponuka poistenia – Návrh poistnej zmluvy – Poistenie zodpovednosti za škodu spôsobenú výkonom profesie (82000)

UNIQA poisťovňa, a.s.  
Krasovského 15, 851 01 Bratislava  
Slovenská republika  
Infolinka: (+421) 2 32 600 100,  
Web: [www.uniqa.sk](http://www.uniqa.sk), IČO: 00 653 501  
DIČ: 2021096242, IČ DPH: SK7020000471

Obchodný register Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, Vložka číslo: 843/B



PONUKA POISTENIA - NÁVRH POISTNEJ ZMLUVY – Poistenie zodpovednosti za škodu spôsobenú výkonom profesie (82000)

Číslo návrhu poistnej zmluvy  
**8100078918**

Nová zmluva: Áno / Nie

Zmena poistenia: Áno / Nie

Číslo ziskateľa/ Sprostredkovateľa poistenia: 79920627 - F I B

Súčasťou tohoto návrhu poistnej zmluvy sú všetky jej poistníkom podpísané prílohy, ktorých označenie je zhodné s číslom tohoto návrhu, resp. s číslom tejto poistnej zmluvy.

**OSOBNÉ ÚDAJE:**

Kategória klienta

3	2	0
---	---	---

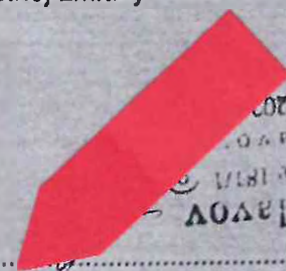
**Poistník/Poistený**

Údaje podľa listiny oprávňujúcej k výkonu podnikateľskej činnosti, napr. výpis z obchodného registra, živnostenský list atď.

Priezvisko, meno, titul / názov organizácie	Obec Miloslavov
Bydlisko / sídlo, ulica, č.	Miloslavov, Radničné námestie 181/1
PSČ	90042
Telefón	
Miesto bydliska/sídlo firmy a č. dodávacej pošty	
Korešpondenčná adresa (nevypĺňa sa, ak je totožná so sídlom)	
Názov peňažného ústavu	UUB Kaučon
Číslo účtu	SK 58 0200 0000 0028 4551 4418
IČO	00304948
DIČ	2020662182

Svojím podpisom potvrdzujem pravdivosť všetkých údajov uvedených v návrhu a žiadam o uzatvorenie/zmenu poistenia v rozsahu tohto návrhu poistnej zmluvy.

V Miloslavov dňa 22.1.2021

  
 Podpis poistníka

**Vyhlasenie poistiteľa:**

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

V Miloslavov dňa 22.1.2021

FIB KOVÁČ

Meno obchodného zástupcu poistiteľa



Podpis obchodného zástupcu poistiteľa

Poistiteľ 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