

Příhláška k pojištění
na základě Dohody o podmínkách pojištění odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb pro členy
České lékařské komory č. 4901200003
(dále jen „Dohoda“)

Tato dohoda byla uzavřena mezi Kooperativou pojišťovnou, a.s., Vienna Insurance Group (dále jen „Kooperativa“), a Českou lékařskou komorou. Upravuje podmínky pojištění odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb, pro které platí i Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění majetku a odpovědnosti P-100/14 (VPP) a Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb za újmu P- 510/14 (ZPP).

A. ÚDAJE O ZÁJEMCI O POJIŠTĚNÍ

Jméno a příjmení/ Firma		Adresa trvalého bydliště (pro fyzické osoby) / sídla (pro právnické osoby):	
Zastoupená kým (jméno, příjmení, funkce) – vyplnit pouze u právnických osob:			
IČ:	RČ*:	Telefon:	E-mail:
Korespondenční adresa (liší-li se od adresy trvalého bydliště/sídla):			

* RČ vyplňte pro jednatelkou osobu, která vystupuje za právnickou osobu

B. ÚDAJE O POSKYTOVATELI ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

(označte křížkem jednu variantu v rámci bodu 1 nebo 2 a doplňte počty)

<p>1. Základní zařízení zdravotní péče</p> <p><input type="checkbox"/> rehabilitační a fyzikální medicína</p> <p><input type="checkbox"/> ordinace revmatologická</p> <p><input type="checkbox"/> ordinace alergologie a klinické imunologie</p> <p><input type="checkbox"/> ordinace psychiatrická</p> <p><input type="checkbox"/> ordinace neurologická, patologie a soudní lékařství</p> <p><input type="checkbox"/> ordinace interní (vnitřní lékařství, diabetologie a endokrinologie, nefrologie, gastroenterologie, geriatric)</p> <p><input type="checkbox"/> hygiena a epidemiologie, mikrobiologie, hygienická stanice</p> <p><input type="checkbox"/> ordinace ORL, dermatovenerologie</p> <p><input type="checkbox"/> ordinace pneumologie a ftizeologie, urologická, biochemie, hematologie a transfúzní lékařství, onkologie, zařízení transfúzní služby, oční (oftalmologie), kardiologie, RTG laboratoř, radiologie a zobrazovací metody</p> <p><input type="checkbox"/> ordinace gynekologa</p> <p><input type="checkbox"/> ordinace ortopedická</p> <p><input type="checkbox"/> anesteziologie a intenzivní medicína, ordinace chirurgická, rychlá záchranná služba</p> <p><input type="checkbox"/> jiné (uvedte):</p>	<p><input type="checkbox"/> 2. Sdružená zařízení zdravotní péče (polikliniky a sdružená zdrav. zařízení, v jejichž ordinacích se poskytují základní nebo specializované služby)</p>
---	--

Počet lékařů^{*)}:	Počet odborných zdravotnických pracovníků^{**)}:
Počet zdrojů radioaktivního záření (např. RTG) (používaných k léčbě nebo diagnostice):	

^{*)} Lékaři, kteří jsou k pojištěnému v pracovněprávním vztahu nebo pro něj (na jeho odpovědnost) vykonávají činnost na základě jiné než pracovní smlouvy. Je-li poskytovatel zdravotních služeb fyzická osoba–lékař, do celkového počtu lékařů se nezapočítává (tj. **pracuje-li poskytovatel zdravotních služeb sám, vyplní se 0**). Je-li poskytovatel zdravotních služeb právnická osoba, započítávají se všichni lékaři.

^{**)} Odborní zdravotničtí pracovníci (**např. zdravotní sestry**), kteří jsou k pojištěnému v pracovněprávním vztahu nebo pro něj (na jeho odpovědnost) vykonávají činnost na základě jiné než pracovní smlouvy.

C. ZÁKLADNÍ POJIŠTĚNÍ

(označte křížkem požadovaný rozsah pojištění, požadovaný limit pojistného plnění a spoluúčast - lze zvolit vždy jen jednu z nabízených možností)

profesní odpovědnost¹⁾ a odpovědnost za výrobek²⁾ („PV“)

profesní odpovědnost, odpovědnost za výrobek a obecná odpovědnost³⁾ („PVO“)

Tabulka č. 1 - Limit pojistného plnění (vč. sublimitu pro pojištění náhrady nemajetkové újmy v jiných případech, než jsou zahrnuty v základním pojištění (viz níže):

Limit pojistného plnění pro základní pojištění (Kč)	Sublimit pro pojištění náhrady nemajetkové újmy (Kč)
<input type="checkbox"/> 1 000 000	1 000 000
<input type="checkbox"/> 2 000 000	2 000 000
<input type="checkbox"/> 3 000 000	3 000 000
<input type="checkbox"/> 4 000 000	4 000 000
<input type="checkbox"/> 5 000 000	5 000 000
<input type="checkbox"/> 10 000 000	5 000 000
<input type="checkbox"/> 15 000 000	5 000 000
<input type="checkbox"/> 20 000 000	5 000 000
<input type="checkbox"/> 25 000 000	5 000 000
<input type="checkbox"/> 30 000 000	5 000 000
<input type="checkbox"/> 35 000 000	5 000 000
<input type="checkbox"/> 40 000 000	5 000 000
<input type="checkbox"/> 45 000 000	5 000 000
<input type="checkbox"/> 50 000 000	5 000 000

Tabulka č. 2 - Spoluúčast:

Spoluúčast (Kč)
<input type="checkbox"/> 1 000
<input type="checkbox"/> 2 500
<input type="checkbox"/> 5 000
<input type="checkbox"/> 10 000
<input type="checkbox"/> 20 000

¹⁾ **Profesní odpovědnost** = pojištění pro případ právním předpisem stanovené odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb za újmu vzniklou jinému v souvislosti s poskytováním zdravotní péče.

²⁾ **Odpovědnost za výrobek** = odpovědnost za újmu způsobenou jinému vadou výrobku, který byl uveden na trh v době trvání pojištění (dle ZPP je vyloučena újma způsobená výrobkem, jehož součástí jsou látky pocházející z lidského těla, např. tkáně, orgány, krev, moč, nebo z těchto látek získané deriváty nebo biosyntetické látky)

³⁾ **Obecná odpovědnost** = odpovědnost za újmu vzniklou jinému v souvislosti s provozem NZZ; vztahuje se i na odpovědnost za újmu vyplývající z vlastnictví, držby nebo jiného oprávněného užívání nemovitosti sloužící k výkonu činnosti

ZÁKLADNÍ POJIŠTĚNÍ OBSAHUJE

- retroaktivita až **3 roky zpětně**
- **náhradu nemajetkové újmy** způsobné **ublížením na zdraví nebo usmrcením** poškozenému nebo osobám jemu blízkým (bolestné, ztížení společenského uplatnění, duševní útrapy blízkých osob v případě usmrcení nebo zvláště závažného ublížení na zdraví poškozeného), **do plné výše základního limitu**
- **náhradu nemajetkové újmy v jiných případech**, než jsou uvedeny v předchozí odrážce, včetně nedbalostního úniku dat ze zdravotní dokumentace, až do výše **5 mil. Kč** (v rámci základního limitu)
- odpovědnost za újmu způsobenou **přenosem viru HIV**, až do výše **2 mil. Kč** (v rámci základního limitu)
- odpovědnost za újmu způsobenou **zavlečením nebo rozšířením nakažlivé choroby lidí**, až do výše **2 mil. Kč** (v rámci základního limitu)
- odpovědnost pojištěného za tzv. **čistou finanční škodu**, která byla prokazatelně způsobena **chybou pojištěného**
= **při předpisu zdravotní pomůcky nebo prostředku**,
= **při posouzení zdravotního stavu pacienta nebo při posouzení vlivu výkonu práce, služeb, povolání či jiných činností na zdravotní stav pacienta v rámci posudkové péče**
sublimit **500 tis. Kč**

- odpovědnost pojištěného za újmu způsobenou v souvislosti s krátkodobým shromažďováním odpadů a s nakládáním se stačenými nebo zkapalněnými plyny a nebezpečnými chemickými látkami nebo přípravky při poskytování zdravotních služeb, až do výše **5 mil. Kč** (v rámci základního limitu, pouze v případě varianty „PVO“),
- odpovědnost pojištěného za újmu způsobenou v souvislosti s vlastnictvím nebo provozem motorového vozidla oprávněně užívaného při poskytování zdravotních služeb (netýká se mj. vozidel podléhajících povinnému pojištění), sublimit **500 tis. Kč (pouze v případě varianty „PVO“)**

D. PŘIPOJIŠTĚNÍ

(označte křížkem požadovaná připojištění, resp. doplňte požadovaný sublimit)

<p>D1. Připojištění, která lze sjednat k jakémukoliv základnímu pojištění, tj. PV, PVO</p> <ul style="list-style-type: none"> • sublimit nesmí přesáhnout limit sjednaný pro základní pojištění • sublimit musí být násobkem 50 000 Kč (min. výše je 50 000 Kč) <p><input type="checkbox"/> Přenos viru HIV</p> <p>Odpovědnost za újmu způsobenou přenosem viru HIV se sublimitem do výše maximálně 5.000.000 Kč ze všech pojistných událostí vzniklých v průběhu jednoho pojistného roku v rámci limitu pojistného plnění sjednaného pro základní pojištění. Roční pojistné za toto připojištění činí 5 % z navýšení sublimitu nad částku 2.000.000 Kč. Spoluúčast pro toto připojištění je shodná se spoluúčastí pro základní pojištění.</p> <p>Doplňte celkovou výši požadovaného sublimitu pro odpovědnost za újmu způsobenou přenosem viru HIVKč (max. 5 000 000 Kč, ne však více než je limit plnění pro základní pojištění)</p> <p><input type="checkbox"/> Zavlečení nebo rozšíření nakažlivé choroby lidí</p> <p>Odpovědnost za újmu způsobenou zavlečením nebo rozšířením nakažlivé choroby lidí se sublimitem do výše maximálně 5.000.000 Kč ze všech pojistných událostí vzniklých v průběhu jednoho pojistného roku v rámci limitu pojistného plnění sjednaného pro základní pojištění. Roční pojistné za toto připojištění činí 5 % z navýšení sublimitu nad částku 2.000.000 Kč. Spoluúčast pro toto připojištění je shodná se spoluúčastí pro základní pojištění.</p> <p>Doplňte celkovou výši požadovaného sublimitu pro odpovědnost za újmu způsobenou zavlečením nebo rozšířením nakažlivé choroby lidí.....Kč (max. 5 000 000 Kč, ne však více než je limit plnění pro základní pojištění)</p> <p><input type="checkbox"/> Plastická nebo kosmetická chirurgie</p> <p>Odpovědnost za újmu způsobenou výkonem plastické nebo kosmetické chirurgie pouze pro estetické účely se sublimitem do výše maximálně 2.000.000 Kč v rámci limitu pojistného plnění sjednaného pro základní pojištění. Roční pojistné za toto připojištění činí 20 % sublimitu. Toto připojištění se sjednává se spoluúčastí 50.000 Kč.</p> <p>Doplňte požadovaný sublimit.....Kč (max. 2 000 000 Kč, ne však více než je limit plnění pro základní pojištění)</p> <p><input type="checkbox"/> Umělé přerušování těhotenství</p> <p>Odpovědnost za újmu způsobenou umělým přerušováním těhotenství, jedná-li se o zdravotní výkon neposkytovaný na základě zdravotního pojištění, tzn. výkon za přímou finanční úhradu. Roční pojistné za toto připojištění činí 5 % sublimitu. Toto připojištění se sjednává se spoluúčastí ve výši 2.500 Kč.</p> <p>Doplňte požadovaný sublimit.....Kč (ne více než je limit plnění pro základní pojištění)</p> <p><input type="checkbox"/> Čistá finanční škoda</p> <p>Odpovědnost za tzv. čistou finanční škodu, která byla prokazatelně způsobena chybou pojištěné při předpisu zdravotní pomůcky nebo prostředku, nebo při posouzení zdravotního stavu pacienta nebo při posouzení vlivu výkonu práce, služeb, povolání či jiných činností na zdravotní stav pacienta v rámci posudkové péče se sublimitem do výše maximálně 5.000.000 Kč ze všech pojistných událostí vzniklých v průběhu jednoho pojistného roku v rámci limitu pojistného plnění sjednaného pro základní pojištění. Roční pojistné za toto připojištění činí 5 % z navýšení sublimitu nad částku 500.000 Kč. Spoluúčast pro toto připojištění je shodná se spoluúčastí pro základní pojištění</p> <p>Doplňte celkovou výši požadovaného sublimitu pro čistou finanční škodu Kč (max. 5 000 000 Kč, ne však více než je limit plnění pro základní pojištění)</p> <p><input type="checkbox"/> Péče v jiném zdravotnickém zařízení (kromě lůžkových)</p> <p>Odpovědnost za újmu způsobenou pojištěným při poskytování zdravotní péče v oboru vymezeném v oprávnění k poskytování zdravotních služeb, která je pojištěným poskytována na základě smlouvy s jiným poskytovatelem zdravotních služeb neposkytující lůžkovou zdravotní péči (nikoli však v pracovněprávním vztahu) mimo zdravotnické zařízení v místě uvedeném v oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Tím není dotčena</p>

sjednaná územní platnost pojištění.
Sublimit pro toto připojištění je shodný s limitem pojistného plnění sjednaným pro základní pojištění.
V případě sjednání tohoto připojištění se vypočtené pojistné pro základní pojištění zvyšuje o 10%.
Spoluúčast pro toto připojištění je shodná se spoluúčastí sjednanou pro základní pojištění.

NEBO Péče v jiném zdravotnickém zařízení (včetně lůžkových) – např. operace

Odpovědnost za újmu způsobenou pojištěným při poskytování zdravotní péče v oboru vymezeném v oprávnění k poskytování zdravotních služeb, která je pojištěným poskytována **na základě smlouvy s jiným poskytovatelem zdravotních služeb poskytujícím také lůžkovou zdravotní péči** (nikoli však v pracovněprávním vztahu) mimo zdravotnické zařízení v místě uvedeném v oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Tím není dotčena sjednaná územní platnost pojištění.

Sublimit pro toto připojištění je shodný s limitem pojistného plnění sjednaným pro základní pojištění.
V případě sjednání tohoto připojištění se vypočtené pojistné pro základní pojištění zvyšuje o 30%.
Spoluúčast pro toto připojištění je shodná se spoluúčastí sjednanou pro základní pojištění

(V případě poskytovatelů zdravotních služeb v oboru „anesteziologie a resuscitace“ je poskytování zdravotních služeb mimo zdravotnické zařízení v místě uvedeném v oprávnění k poskytování zdravotních služeb zahrnuto v základním pojištění.)

Prodloužení retroaktivního krytí (pouze u klientů dosud nepojištěných u Kooperativy)

Prodloužení retroaktivního krytí nad rámec 3 let přede dnem počátku pojištění.

Pojištění se vztahuje také na pojistné události vzniklé v důsledku příčin, které nastaly přede dnem počátku pojištění po retroaktivním datu, pokud byl nárok na náhradu újmy vůči pojištěnému uplatněn v době trvání pojištění a oznámen pojistiteli nejpozději do 60 dnů po zániku pojištění.

Roční pojistné za toto připojištění činí 7% z celkového ročního pojistného za každý rok, o který délka retroaktivního krytí přesahuje 3 roky přede dnem počátku pojištění.

Doplňte požadovaný celkový počet let, o které má retroaktivní datum předcházet počátku pojištění
.....Kč (max. 6 let)

D2. Připojištění, která lze sjednat jen k základnímu pojištění zahrnujícímu pojištění obecné odpovědnosti, tj. PVO

- **sublimit nesmí přesáhnout limit sjednaný pro základní pojištění**
- **sublimit musí být násobkem 50 000 Kč (min. výše je 50 000 Kč)**

Náklady zdravotních pojišťoven/ regresy nemocenských dávek (zaměstnanci pojištěného)

Je-li sjednáno základní pojištění v rozsahu zahrnujícím pojištění obecné odpovědnosti, lze sjednat připojištění povinnosti poskytnout náhradu nákladů na hrazené služby vynaložené zdravotní pojišťovnou a regresní náhradu orgánu nemocenského pojištění v souvislosti se vznikem nároku na dávku nemocenského pojištění, pokud ke vzniku povinnosti hradit tyto náklady došlo v důsledku pracovního úrazu nebo nemoci z povolání, které utrpěl zaměstnanec pojištěného. Roční pojistné za toto připojištění se stanoví ve výši 2,5 % sublimitu. Toto připojištění se sjednává se spoluúčastí ve výši 2.500 Kč.

Doplňte požadovaný sublimit.....Kč

Věci převzaté a užívané

Je-li sjednáno základní pojištění v rozsahu zahrnujícím pojištění obecné odpovědnosti, lze sjednat připojištění odpovědnosti za škodu na **movité věci, kterou pojištěný převzal za účelem provedení objednané činnosti nebo kterou oprávněně užívá** (kromě škody na motorových vozidlech a zvířatech). Roční pojistné za toto připojištění se stanoví ve výši 5 % sublimitu. Toto připojištění se sjednává se spoluúčastí ve výši 2.500 Kč (např. zařízení ordinace užívané na základě nájemní nebo leasingové smlouvy, převzetí cenností pacienta do úschovy při jeho hospitalizaci v nemocnici či převzetí ortopedické pomůcky či brýlí za účelem opravy)

Doplňte požadovaný sublimit.....Kč

E. POČÁTEK POJIŠTĚNÍ A ZPŮSOB PLACENÍ POJISTNÉHO

(označte křížkem požadovanou frekvenci placení pojistného a způsob placení)

Pojištění vznikne dnem uvedeným na prezentačním razítku pojistitele, pokud máte zájem o pozdější datum vzniku pojištění, uveďte je

Uveďte frekvenci placení pojistného:

- 1 x ročně 2x ročně 4x ročně

Pojistné bude placeno:

- převodním příkazem s připomenutím platby
 poštovní poukázkou

F. JINÁ POJIŠTĚNÍ ZÁJEMCE O POJIŠTĚNÍ NA STEJNÉ POJISTNÉ RIZIKO

(vyplňují fyzické či právnické osoby při přepracování smlouvy pod Dohodu s ČLK)

Prohlašuji, že v současné době (zaškrtněte jednu možnost a doplňte):

- mám uzavřeno u Kooperativy jiné pojištění odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb; žádám tímto o ukončení tohoto dřívějšího pojištění ke dni počátku nového pojištění

Číslo pojistné smlouvy dřívějšího pojištění:

- nemám uzavřeno pojištění odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb u žádné pojišťovny *nebo* mám uzavřeno pojištění odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb u jiné pojišťovny, než je Kooperativa, toto pojištění však bude k počátku pojištění u Kooperativy ukončeno

- mám souběžně uzavřeno pojištění odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb u jiné pojišťovny, než je Kooperativa, a toto pojištění bude i nadále pokračovat souběžně s pojištěním u Kooperativy

Název pojišťovny, kde je jiné pojištění uzavřeno:

Číslo pojistné smlouvy:

Limit pojistného plnění:

Spoluúčast:

G. NÁSTUPNICKÁ PRÁVNICKÁ OSOBA - pouze pro s.r.o. event. jiné právnické osoby poskytující zdravotní služby po „přechodu“ z fyzické osoby (zaškrtněte a doplňte)

(vyplňují právnické osoby při přechodu z fyzické na právnickou osobu)

- Žádáme o zahrnutí fyzické osoby (dosavadního poskytovatele, našeho předchůdce) do pojištění.

Údaje o dosavadním poskytovateli (fyzické osobě):

Titul, jméno a příjmení:

Rodné číslo: IČ:

Adresa trvalého bydliště:

Číslo pojistné smlouvy fyzické osoby uzavřené u Kooperativy:

Datum ukončení poskytování zdravotních služeb fyzickou osobou:

Zájemce o pojištění prohlašuje, že:

a) pokračuje v poskytování zdravotních služeb v rozsahu a za podmínek, v jakém byly poskytovány výše uvedenou fyzickou osobou,

b) výše uvedená fyzická osoba je jeho společníkem a současně odborným zástupcem.

H. PŘÍLOHA K TÉTO PŘIHLÁŠCE

K této přihlášce musí být přiložena kopie Rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb (dříve Registrace nestátního zdravotnického zařízení). Tuto kopii lze zaslat na e-mailovou adresu kancelar-vip@koop.cz nebo poštou na adresu Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Centrum zákaznické podpory, Odbor klientského servisu, Koliště 1856/1, 02 00 Brno.

Je-li poskytovatele zdravotních služeb právnická osoba, přiložte též kopii výpisu z obchodního rejstříku.

Prohlášení zájemce o pojištění:

Výše uvedený zájemce o pojištění prohlašuje, že

- je oprávněn poskytovat zdravotní služby
- chce být pojištěn na základě výše uvedené Dohody v rozsahu, který výše uvedl
- všechny údaje uvedené na této přihlášce k pojištění odpovídají skutečnosti, a bere na vědomí, že je povinen v průběhu doby trvání pojištění bez zbytečného odkladu oznámit všechny jejich případné změny

Zájemce – fyzická osoba dále prohlašuje, že je členem České lékařské komory.

Zájemce – právnická osoba dále prohlašuje, že alespoň jedním společníkem je člen České lékařské komory a zároveň je ustanoven odborný zástupce, který je členem České lékařské komory.

Poznámky:

V.....dne

.....
Podpis zájemce o pojištění^{*)}

^{*)} Při zaslání přihlášky k pojištění elektronickou cestou není nutné vyplnit; výše uvedené Prohlášení zájemce o pojištění se v tomto případě považuje za odsouhlasené i bez podpisu.