**Přihláška 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 jednající 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)* |
|  **1. Základní zařízení zdravotní péče** [ ]  rehabilitační a fyzikální medicína[ ]  ordinace revmatologická[ ]  ordinace alergologie a klinické imunologie[ ]  ordinace psychiatrická[ ]  ordinace neurologická, patologie a soudní lékařství[ ]  ordinace interní (vnitřní lékařství, diabetologie a endokrinologie, nefrologie, gastroenterologie, geriatrie)[ ]  hygiena a epidemiologie, mikrobiologie, hygienická stanice[ ]  ordinace ORL, dermatovenerologie[ ]  ordinace pneumologie a ftizeologie, urologická, biochemie, hematologie a transfúzní lékařství, onkologie, zařízení transfúzní služby, oční (oftalmologie), kardiologie, RTG laboratoř, radiologie a zobrazovací metody[ ]  ordinace gynekologa[ ]  ordinace ortopedická[ ]  anesteziologie a intenzivní medicína, ordinace chirurgická, rychlá záchranná služba[ ]  jiné *(uveďte)*: ……………………………… |
| [ ]  **2. Sdružená zařízení zdravotní péče** (polikliniky a sdružená zdrav. zařízení, v jejichž ordinacích se poskytují základní nebo specializované služby) |
|  |
| **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 výrobek 2) („PV“)**[ ] **profesní odpovědnost, odpovědnost za výrobek a obecná odpovědnost 3) („PVO“)****Tabulka č. 1 - Limit pojistného plnění (vč. sublimitu pro pojištění náhrady nemajetkové újmu 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)** |
|[ ]  1 000 000  | 1 000 000 |
|[ ]  2 000 000 | 2 000 000 |
|[ ]  3 000 000 | 3 000 000 |
|[ ]  4 000 000 | 4 000 000 |
|[ ]  5 000 000 | 5 000 000 |
|[ ]  10 000 000 | 5 000 000 |
|[ ]  15 000 000 | 5 000 000 |
|[ ]  20 000 000 | 5 000 000 |
|[ ]  25 000 000 | 5 000 000 |
|[ ]  30 000 000 | 5 000 000 |
|[ ]  35 000 000 | 5 000 000 |
|[ ]  40 000 000 | 5 000 000 |
|[ ]  45 000 000 | 5 000 000 |
|[ ]  50 000 000 | 5 000 000 |

**Tabulka č. 2 - Spoluúčast:**

|  |
| --- |
| **Spoluúčast (Kč)** |
|[ ]  1 000 |
|[ ]  2 500 |
|[ ]  5 000 |
|[ ]  10 000 |
|[ ]  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 zvlášť 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)***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D1. Připojištění, která lze sjednat k jakémukoliv základnímu pojištění, tj. PV, PVO*** **sublimit nesmí přesáhnout limit sjednaný pro základní pojištění**
* **sublimit musí být násobkem 50 000 Kč (min. výše je 50 000 Kč)**

[ ]  **Přenos viru HIV**

|  |
| --- |
| 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.  |
| Doplňte celkovou výši požadovaného sublimitu pro odpovědnost za újmu způsobenou přenosem viru HIV …………….………Kč *(max. 5 000 000 Kč, ne však více než je limit plnění pro základní pojištění))* |

[ ]  **Zavlečení nebo rozšíření nakažlivé choroby lidí**

|  |
| --- |
| 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. |
| 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)* |

[ ]  **Plastická nebo kosmetická chirurgie**

|  |
| --- |
| 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.  |
| Doplňte požadovaný sublimit…………….………Kč *(max. 2 000 000 Kč, ne však více než je limit plnění pro základní pojištění)* |

[ ]  **Umělé přerušení těhotenství**

|  |
| --- |
| Odpovědnosti za újmu způsobenou **umělým přerušením 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. |
| Doplňte požadovaný sublimit…………….………Kč (*ne více než je limit plnění pro základní pojištění)* |

[ ]  **Čistá finanční škoda**

|  |
| --- |
| 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 spluúčastí pro základní pojištění |
| 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 ) |

[ ]  **Péče v jiném zdravotnickém zařízení (kromě lůžkových)**

|  |
| --- |
| Odpovědnosti 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 neposkytujícím 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 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 uvedeném na prezentačním razítku pojistitele, pokud máte zájem o pozdější datumvzniku 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 KooperativyNázev 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.