**Přihláška k pojištění  
na základě Dohody o podmínkách pojištění odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb – praktického lékaře pro členy České lékařské komory č. 4901200004  
(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 – praktické lékaře, 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 a doplňte počty)* | | | | | |
| **1. Základní zařízení zdravotní péče**  ordinace praktického lékaře pro dospělé, všeobecné praktické lékařství  ordinace praktického lékaře pro děti a dorost | | | | | |
|  | | | | | |
| **Počet lékařů\*):** | | **Počet odborných zdravotnických pracovníků\*\*):** | | | |

\*) Lékaři, kteří jsou k pojištěnému v pracovněprávním vztahu nebo pro něj (na jeho odpovědnost) vykonávají činnost na základě jiné než pracovní smlouvy.

\*\*) 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**

* **2 lékaře a 2 sestry** (v sazbě, bez navýšení pojistného)
* 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 za újmu způsobenou vynaložením oprávněných nákladů léčení zdravotní pojišťovnou na zdravotní péči poskytovanou zaměstnanci pojištěného, který utrpěl tělesnou újmu v důsledku pracovního úrazu nebo nemoci z povolání. Toto pojištění se vztahuje obdobně i na regresní náhradu, kterou je pojištěný povinen zaplatit orgánu nemocenského pojištění, pokud v důsledku jeho zaviněného protiprávního jednání zjištěného soudem nebo správním úřadem došlo ke skutečnostem rozhodným pro vznik nároku na dávku nemocenského pojištění zaměstnanci pojištěného, který utrpěl tělesnou újmu v důsledku pracovního úrazu nebo nemoci z povolání

(v případě varianty **„PVO“**),

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