**Přihláška k pojištění  
na základě Dohody o podmínkách pojištění odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb – praktického lékaře pro členy České lékařské komory č. 4901200002  
(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-100/09 (VPP) a Dodatkové pojistné podmínky pro pojištění odpovědnosti provozovatele zdravotnického zařízení za škodu P- 510/05 (DPP).

**Informace o pojistiteli dle zákona o pojistné smlouvě:**

obchodní firma: Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group

sídlo: Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika

registrace: Městský soud v Praze, spisová zn. B 1897

orgán dohledu: Česká národní banka, Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1

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):** | | | | | |
| **\*** v případě právnické osoby vyplňte RČ osoby jednající za firmu  **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. 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. limitu ochrany osobnosti):**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Limit pojistného plnění**  **pro základní pojištění (Kč)** | | **Omezený limit plnění 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 |   **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 škodu vzniklou jinému v souvislosti s poskytováním zdravotní péče.

2) **Odpovědnost za výrobek** = odpovědnost za škodu způsobenou jinému vadou výrobku, který byl uveden na trh v době trvání pojištění (dle DPP jsou vyloučeny škody způsobené 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 škodu vzniklou jinému v souvislosti s provozem NZZ; vztahuje se i na odpovědnost za škody vyplývající z vlastnictví, držby nebo jiného oprávněného užívání nemovitosti sloužící k výkonu činnosti

**D. ZÁKLADNÍ POJIŠTĚNÍ OBSAHUJE**

* **2 lékaře a 2 sestry** (v sazbě, bez navýšení pojistného)
* retroaktivita až **3 roky** **zpětně**
* ochrana osobnosti až **do výše 5 mil.** **Kč** (dle výše základního limitu)
* odpovědnost za škodu způsobenou **přenosem viru HIV** – **limit 500 000 Kč**
* odpovědnost za škodu způsobenou **zavlečením nebo rozšířením nakažlivé choroby lidí** – **limit 500 000 Kč**
* odpovědnost za škodu 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“**)

**D. DODATKOVÁ POJIŠTĚNÍ**

***(označte křížkem požadovaná dodatková pojištění resp. doplňte požadovaný omezený limit plnění)***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D1. Dodatková pojištění, která lze sjednat k jakémukoliv základnímu pojištění, tj. PV, PVO**  **Přenos viru HIV**   |  | | --- | | Navýšení omezeného limitu plnění pro pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou **přenosem viru HIV** o 500 000 Kč (tj. do celkové výše 1.000.000 Kč) ze všech pojistných událostí vzniklých v průběhu jednoho pojistného roku v rámci limitu pojistného plnění sjednaného pro základní pojištění. Roční pojistné činí 5 ‰ z navýšení omezeného limitu plnění. Spoluúčast pro toto dodatkové pojištění je shodná se spoluúčastí pro základní pojištění. |   **Zavlečení nebo rozšíření nakažlivé choroby lidí**   |  | | --- | | Navýšení omezeného limitu plnění pro pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou **zavlečením nebo rozšířením nakažlivé choroby lidí** o 500 000 Kč (tj. do celkové výše 1.000.000 Kč) ze všech pojistných událostí vzniklých v průběhu jednoho pojistného roku v rámci limitu pojistného plnění sjednaného pro základní pojištění. Roční pojistné činí 5 ‰ z navýšení omezeného limitu plnění. Spoluúčast pro toto dodatkové pojištění je shodná se spoluúčastí pro základní pojištění. |  * **omezený limit plnění nesmí přesáhnout limit sjednaný pro základní pojištění** * **omezený limit plnění musí být násobkem 50 000 Kč (min. výše je 50 000 Kč)**   **Péče v jiném zdravotnickém zařízení (s výjimkou lůžkových)**   |  | | --- | | Odpovědnosti za škodu 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 dotčeno ustanovení čl. II. DPP.  Omezený limit plnění pro toto dodatkové pojištění je shodný s limitem pojistného plnění sjednaným pro základní pojištění.  V případě sjednání tohoto dodatkového pojištění se vypočtené pojistné pro základní pojištění zvyšuje o 10%.  Spoluúčast pro toto dodatkové pojištění je shodná se spoluúčastí sjednanou pro základní pojištění. |   **NEBO Péče v jiném zdravotnickém zařízení (včetně lůžkových) – např. operace**   |  | | --- | | Odpovědnosti za škodu 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 dotčeno ustanovení čl. II. DPP.  Omezený limit plnění pro toto dodatkové pojištění je shodný s limitem pojistného plnění sjednaným pro základní pojištění.  V případě sjednání tohoto dodatkového pojištění se vypočtené pojistné pro základní pojištění zvyšuje o 30%.  Spoluúčast pro toto dodatkové pojištění je shodná se spoluúčastí sjednanou pro základní pojištění |   **Čistá finanční škoda**   |  | | --- | | Odpovědnosti za **čistou finanční škodu**. Z tohoto dodatkového pojištění má pojištěný právo, aby v případě pojistné události pojistitel nad rámec čl. I. odst. 3 písm. a) DPP P-510/05 uhradil také škodu, která nemá povahu škody na zdraví, životě nebo na věci ani z takové škody nevyplývá, pokud byla taková škoda prokazatelně způsobena chybou pojištěného při **předpisu zdravotní pomůcky nebo prostředku** v rámci poskytování zdravotní péče, na kterou se vztahuje pojištění profesní odpovědnosti sjednané touto pojistnou smlouvou.  Toto dodatkové pojištění se nevztahuje na odpovědnost za škodu způsobenou v souvislosti s porušením práv vyplývajících z autorského, průmyslového nebo jiného duševního vlastnictví, porušením povinnosti mlčenlivosti, nesplněním nebo prodlením se splněním povinnosti, finanční či platební transakcí, překročením nákladů nebo rozpočtů, zpracováním dat nebo údajů.  Toto dodatkové pojištění lze sjednat s omezeným limitem plnění do výše 200.000 Kč ze všech pojistných událostí vzniklých v průběhu jednoho pojistného roku v rámci limitu pojistného plnění sjednaného pro základní pojištění.  Roční pojistné za toto dodatkové pojištění se stanoví ve výši 5 ‰ omezeného limitu plnění. Toto dodatkové pojištění se sjednává se spoluúčastí 10%, min. 2.500 Kč. | | Doplňte požadovaný omezený limit plnění…………….………Kč *(max. 200 000)* |   **D2. Dodatková pojištění, která lze sjednat jen k základnímu pojištění zahrnujícímu pojištění obecné odpovědnosti, tj. PVO**   * **omezený limit plnění nesmí přesáhnout limit sjednaný pro základní pojištění** * **omezený limit plnění musí být násobkem 50 000 Kč (min. výše je 50 000 Kč)**   **Věci užívané**   |  | | --- | | Je-li sjednáno základní pojištění v rozsahu zahrnujícím pojištění obecné odpovědnosti, lze sjednat dodatkové pojištění odpovědnosti za škodu na **movité věci, kterou pojištěný oprávněně užívá** (kromě škody na užívaném motorovém vozidle). Roční pojistné za toto dodatkové pojištění se stanoví ve výši 5 ‰  omezeného limitu plnění. Toto dodatkové pojištění se sjednává se spoluúčastí ve výši 2.500 Kč (např. zařízení ordinace užívané na základě nájemní nebo leasingové smlouvy) | | Doplňte požadovaný omezený limit plnění…………….…….Kč |   **Věci převzaté**   |  | | --- | | Je-li sjednáno základní pojištění v rozsahu zahrnujícím pojištění obecné odpovědnosti, lze sjednat dodatkové pojištění odpovědnosti za škodu na **movité věci, kterou pojištěný převzal** za účelem provedení objednané činnosti. Roční pojistné za toto dodatkové pojištění se sjednává ve výši 4 ‰ omezeného limitu plnění. Toto dodatkové pojištění se sjednává se spoluúčastí ve výši 2.500 Kč *(např. převzetí cenností pacienta do úschovy při jeho hospitalizaci v nemocnici či převzetí ortopedické pomůcky či brýlí za účelem opravy)* | | Doplňte požadovaný omezený limit plnění…………….………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:** | | | | 1x 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 jsoukup1@koop.cz, kancelar-vip@koop.cz nebo poštou na adresu Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Úsek řízení vnějšího obchodu, Odbor přímého prodeje, Pobřežní 665/21, Praha 8, 186 00 či na faxové číslo 956 449 016 nebo 956 449 000.  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
* byl informován o rozsahu a účelu zpracování svých osobních údajů a o právu přístupu k nim v souladu s ustanovením § 11 zákona o ochraně osobních údajů.

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.