

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ CIVILINĖS ATSAKOMYBĖS UŽ PACIENTAMS PADARYTĄ ŽALĄ PRIVALOMOJO DRAUDIMO LIUDIJIMAS (POLISAS)

Bendrosios civilinės atsakomybės draudimo grupė

Draudimo rūšis-Sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomasis draudimas

Serija **BCSILT**

Nr. **0000438**

DRAUDĖJAS	VŠĮ ŠIRVINTŲ LIGONINĖ		
Adresas	VILNIAUS G. 85, ŠIRVINTOS 19121		
Įmonės kodas	178298620	Tel. (8 382) 51435	Faksas ---
APDRAUSTASIS	VŠĮ ŠIRVINTŲ LIGONINĖ		
Adresas	VILNIAUS G. 85, ŠIRVINTOS 19121		
Įmonės kodas	178298620	Tel. (8 382) 51435	Faksas ---
Draudimo objektas:	Draudėjo civilinė atsakomybė už žalą padarytą pacientui, kuri atsirado draudimo sutarties galiojimo metu ir per vienerius metus nuo draudimo sutarties galiojimo pabaigos dėl draudimo sutarties galiojimo metu padarytų neteisėtų draudėjo ir/ar draudėjo darbuotojų veiksmų, teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas.		
Dr. sutarties pagrindas:	Sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo taisyklės, patvirtintos LR SAM 2005 m. sausio 06 d. Įsakymu Nr.V-6 (2005m. sausio 08 d. Valstybės žinios Nr.3).		
Specialios sąlygos:	1.Draudimo apsauga galioja tik sumokėjus įmoką. 2.Draudimo sutarties sudarymo pagrindas: Draudėjo licencija; Sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo taisyklės, patvirtintos LR SAM 2005m. sausio 06 d. Įsakymu Nr.V-6 (2005 m.sausio 08 d. Valstybės žinios Nr.3)		

SUTARTIES VALIUTA: EUR

APMOKĖJIMO FORMA: Pavedimu

Atsakomybės limitas:	Bendras atsakomybės limitas	Atsakomybės limitas vienam draudžiamajam įvykiui
	Neribojama	EUR 14 482.00
Sąlyginė išskaita:	EUR 0.00 (nulis EUR 00 ct.)	
Draudimo teritorija:	Lietuvos Respublika	
Draudimo įmoka:	EUR 5 080.00 (penki tūkstančiai aštuoniasdešimt EUR 00 ct.)	
Įmokos mokėjimo terminai:	1 mokėjimas EUR 5 080.00 (penki tūkstančiai aštuoniasdešimt Eur. 00 ct.) iki 14.03.2017	

Draudimo liudijimo galiojimas nuo 2017m. kovo mėn. 14 d.

iki 2018 m. kovo mėn. 13 d. imtinai

Draudimo liudijimo

išdavimo vieta

Vilnius

Išdavimo data

2017 m. kovo mėn. 07 d.

DRAUDĖJAS

Draudimo sutartį pasirašau ir patvirtinu, kad prieš sudarant šią sutartį su sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo taisyklėmis buvau tinkamai supažindintas ir jų kopiją gavau. Sutinku, kad draudimo bendrovė ar jos įgalioti tretieji asmenys naudotų pateiktus mano duomenis ar/ir kreiptųsi į Valstybės registrus, bankus, teisėsaugos institucijas ir kitus trečiuosius asmenis, kurie turi reikiamos informacijos, ir šie suteiktų duomenis, reikalingus pagrindant prašymą sudaryti draudimo sutartį, vertinant per sutarties galiojimo laikotarpį atsitikusius įvykius ir nustatant išmokėimų dydžius.

Vidmantas Eigėlis

Vardas, pavardė, pareigos

DRAUDIKAS

„Baltikums Vienna Insurance Group“ AAS
Lietuvos filialas

Direktoriaus pav.
Vytautas Zaranka

Vardas, pavardė, pareigos

A.V.

“Baltikums Vienna Insurance Group” AAS Lietuvos filialas