

Dohoda o používaní zdravotníckej pomôcky

uzatvorená medzi:

Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava

IČO : 35 937 874

ÍČ DPH: SK2022027040

zapísaná v obch. registri Okresného súdu Bratislava I., oddiel Sa, vložka číslo: 3602/B

Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s., Krajská pobočka Banská Bystrica

Zastúpená : Ing. Annou Golianovou, riaditeľkou krajskej pobočky, (ďalej len „poisťovňa“)

Meno a priezvisko:

Rodné číslo (číslo poistenia)

teléfono:

Trvalý pobyt: (ďalej len „poistenec“: DD Kollárova 29, Banská Bystrica

Čl. 1.

Predmet dohody

Predmetom tejto dohody o používaní zdravotníckej pomôcky (ďalej len „Dohoda“) je bezplatné používanie uvedenej zdravotníckej pomôcky (ďalej len „ZP“) a stanovenie podmienok jej používania:

Kód ZP: L72461

Názov ZP: elektrická posteľ Domiflex

výrobné číslo ZP¹⁾ 91704544-019 Obstarávacia Cena ZP¹⁾.....Eur Úhrada

poist'ovne¹⁾ Eur Úhrada poistenca*)..... Eur

ZP používaná na dohodnutú dobu od.....do.....

ZP vydaná dňa¹⁾

Čl. 2

Povinnosti strán dohody

1. Povinnosti poist'ovne:

- odovzdať ZP poistencovi v stave spôsobilom na riadne používanie,
- zabezpečiť prípadnú opravu ZP, potrebnú na zabezpečenie stavu spôsobilého na riadne používanie,
- uhradiť pomernú časť ceny opravy zodpovedajúcu jej podielu na obstarávacej cene ZP v prípade ak sa poistenec spolupodieľal na úhrade ZP,

2. Povinnosti poistenca :

- a) ZP používať v súlade s účelom, ktorému slúži, chrániť ju pred poškodením, stratou alebo zničením,
- b) bezodkladne poisťovni oznámiť potrebu opravy ZP,
- c) uhradiť ZP alebo zaplatiť jej opravu v plnej výške, ak zaviní jej stratu, úmyselne ju poškodí alebo ju poškodí neodborným zaobchádzaním,
- d) uhradiť pomernú časť ceny opravy zodpovedajúcu jeho podielu na obstarávacej cene ZP v prípade ak sa poistenec spolupodieľal na úhrade ZP,
- e) vrátiť ZP, pri zmene zdravotného stavu, ak pominú dôvody na jej potrebu používať ZP, alebo ak poisťovňa zruší súhlas s jej poskytnutím v zmysle Čl. 3 bod 1 a 2 tejto Dohody,
- f) umožniť kontrolu používania ZP odborným kontrolným pracovníkom VŠZP.

Čl. 3

Osobitné dojednania

1. Ak revíznym lekárom poisťovne pri námatkovej kontrole u poistenca zistí opakované, z lekárskeho hľadiska neodôvodnené nevyužívanie ZP, poisťovňa zruší súhlas s poskytnutím ZP a vypovie túto Dohodu.
2. Ak liečba prostredníctvom ZP bude revíznym lekárom zhodnotená ako málo efektívna, poisťovňa má právo zrušiť súhlas s jej poskytnutím.
3. V prípade úmyselného poškodenia alebo zavinenej straty ZP je možné novú ZP predpísať až po uhradení jej zostatkovej ceny. V prípade jej neuhradenia alebo nezaplatenia opravy VŠZP poskytne poistencovi novú ZP až po uplynutí úžitnej doby stratenej, poškodenej alebo zničenej ZP. Úžitná doba ZP predstavuje minimálnu dobu používania ZP a je stanovená výrobcom.

4. Poistenec je oprávnený používať ZP pre svoju osobnú potrebu a nemá právo poskytnúť ju inej osobe, predat', prípadne s ňou disponovať v rozpore s predmetom a podmienkami tejto Dohody.
5. Poradenskú a servisnú službu zabezpečí dodávateľ ZP potvrdzujúci záručný list. Pri inzulínovej pumpe sa služba vzťahuje na celú úžitnú dobu ZP, ktorej dĺžka je totožná s dobou záruky.
6. Poistenec je oprávnený používať ZP výhradne po dobu, po ktorú bude poistencom VŠZP. V prípade zániku poistného vzťahu je poistenec alebo jeho zákonný zástupca povinný o tejto skutočnosti bezodkladne informovať poisťovňu a na jej výzvu vrátiť ZP pokiaľ neuplynula jej úžitná doba a vzájomne sa finančne vysporiadať. Predmetom vysporiadania je zostatková cena ZP.
7. Ak zaniknú dôvody potreby používania ZP, ktorej neuplynula úžitná doba, poistenec ZP vráti alebo po dohode s poisťovňou si ju ponechá len po vzájomnom finančnom vysporiadaní. Predmetom vysporiadania je zostatková cena ZP.
8. V prípade vrátenia ZP, ktorej neuplynula jej úžitná doba a na úhrade ktorej sa poistenec spolupodieľal, poisťovňa uhradí poistencovi pomernú časť zostatkovej ceny, zodpovedajúcu podielu na obstarávacej cene ZP.

Čl. 4

Záverečné ustanovenia

1. Platnosť tejto Dohody končí dňom vrátenia ZP príslušnej pobočke VŠZP alebo uplynutím úžitnej doby a vyrovnaním záväzkov vyplývajúcich z tejto Dohody.
2. Dohodu možno vypovedať z dôvodu zrušenia súhlasu s poskytnutím ZP v zmysle Čl. 3 bod 1 a 2 tejto Dohody. Výpovedná lehota je jeden mesiac od doručenia výpovede a začína plynúť prvým dňom nasledujúceho mesiaca.
3. Vzťahy touto Dohodou neupravené sa riadia ustanoveniami Občianskeho zákonníka a ďalšími príslušnými právnymi predpismi.
4. Táto Dohoda je vyhotovená v dvoch rovnopisoch z ktorých jeden dostane VŠZP a jeden poistenec.
5. Táto Dohoda nadobúda platnosť a účinnosť dňom jej podpisu podpísaním oboch strán.

V Banskej

V Banskej Bystrici, dňa

Zákonný

Meno, adresa

OP:

tel.č. : 0905 553734; 0907 826809

Po

Záznam o vrátení ZP

Dôvod:

V, dňa

Prevzal :

Odovzdal :

Poisťovňa

Poistenec

Zákonný zástupca poistenca alebo iná osoba poverená poistencom:

Meno, adresa

č. OP: tel.č.: