**ВЪПРОСНИК - ПРЕДЛОЖЕНИЕ**

за сключване на застраховка

**“ПРОФЕСИОНАЛНА ОТГОВОРНОСТ НА ЛИЦАТА, УПРАЖНЯВАЩИ МЕДИЦИНСКА ПРОФЕСИЯ”**

* **Застраховащ ( юридическо лице):**

ИМЕ/НАИМЕНОВАНИЕ:

...........................................................................

ЕИК:............................

гр./с...................., кв./ул..............................................

№/бл................, вх............, ет.............., ап..............,

е-mail:..................................................................

тел:...............................................................

**2.Застраховащ /физическо лице/**

ИМЕ ,ПРЕЗИМЕ,ФАМИЛИЯ

.............................................................................

ЕГН...........................

гр./с......................, кв./ул...........................................

№/бл................, вх............, ет.............., ап..............,

e-mail:..............................................................

тел:....................................

☐ индивидуална

УИН/ЛПЧ .........................................................

 Специалност: .................................................

РИСКОВА ГРУПА (приложение): ☐ първа ☐ втора ☐ трета

 ☐ групова – моля, приложете списък на застрахованите лица по образец на застрахователя

* **Лечебно заведение:**

НАИМЕНОВАНИЕ:

...............................................................................

ЕИК: ...................................................

гр./с..................,кв./ул.................................................

№/бл................, вх............, ет.............., ап..............,

е-mail:....................................................................

тел:.....................................................

* **ВИД ДЕЙНОСТ**

☐ извънболнична помощ

☐ хоспис

☐ център за психично здраве

☐ център за кожно-венерически заболявания

☐ дом за медико-социални грижи

☐ център за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания

☐ диализен център

☐ тъканна банка

☐ лечебни заведения за стационарна психиатрична помощ

☐ болнична помощ

☐ комплексен онкологичен център

☐ център за спешна медицинска помощ

☐ център за трансфузионна хематология

* **Лечебното заведение има ли сключен договор с НЗОК?**

 ☐ ДА ☐ НЕ

* **Срок на застраховката:** от ............. до ..........................

 (дд/мм/гггг) (дд/ммм/гггг)

* **Брой на пациентите за една година** :

Амбулаторно приходящи: ...................................

Хоспитализирани: ...................................

* *Брой на лицата, упражняващи медицинска професия, по медицински специалности:*

|  |  |
| --- | --- |
| **Първа група** | **Брой** |
| Вирусология  |   |
| Клинична алергология |   |
| Клинична имунология |   |
| Клинична лаборатория |   |
| Клинична фармакология и терапия |   |
| Физикална и рехабилитационна медицина |   |
| Микробиология |   |
| Медицинска генетика |   |
| Медицинска паразитология  |   |
| Съдебна медицина |   |
| Професионални болести |   |
| Спортна медицина  |   |
| Дентална медицина |   |
| Фармация |   |
| Медицинска професия от професионално направление "Здравни грижи" - медицинска сестра/акушерка/фелдшер/рехабилитатор/лаборант-медицински, рентгенов/зъботехник |   |
| в т.ч. медицински сестри/акушерки |  |
| Неклинични специалности |   |
| **Общ брой в Първа рискова група** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Втора група** | **Брой** |
| Авиационна медицина |   |
| Вътрешни болести |   |
| Гастроентерология |   |
| Гериатрична медицина |   |
| Детска гастроентерология |   |
| Детска еднокринология и болести на обмяната |   |
| Детска неврология |   |
| Детска нефрология и хемодиализа |   |
| Детска пневмология и фтизиатрия |   |
| Детска психиатрия |   |
| Детска ревматология  |   |
| Ендокринология и болести на обмяната |   |
| Инфекциозни болести |   |
| Кожни и венерически болести |   |
| Нервни болести |   |
| Нефрология  |   |
| Обща медицина |   |
| Очни болести |   |
| Педиатрия  |   |
| Пневмология и фтизиатрия |   |
| Психиатрия  |   |
| Ревматология  |   |
| Съдебна психиатрия  |   |
| Трансфузионна хематология |   |
| Урология  |   |
| Лъчелечение |   |
| Клинична хематология |   |
| Нуклеарна медицина |   |
| Образна диагностика |   |
| Обща и клинична патология |   |
| **Общ брой във Втора рискова група** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Трета група** |   |
| Акушерство и гинекология  |   |
| Ангиология |   |
| Анестезиология и интензивно лечение |   |
| Гръдна хирургия |   |
| Детска кардиология |   |
| Детска клинична хематология и онкология |   |
| Детска хирургия |   |
| Кардиология  |   |
| Кардиохирургия |   |
| Клинична токсикология |   |
| Лицево-челюстна хирургия |   |
| Медицинска онкология  |   |
| Неврохирургия  |   |
| Неонатология  |   |
| Ортопедия и травматология |   |
| Пластично-възстановителна и естетична хирургия |   |
| Спешна медицина |   |
| Съдова хирургия |   |
| Ушно-носно-гърлени болести |   |
| Хирургия |   |
| **Общ брой в Трета рискова група** |  |

* **Използвате ли радиоактивни материали?** ☐ да ☐ не
* **Предишни застраховки за професионална отговорност (моля, посочете):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Период | Застр. компания | Лимити на отговорност |
|  |  |  |

* **Отказвано ли е Ваше искане за сключване на застраховка?** ☐ да ☐ не

Ако да, моля опишете .........................................................................................................................................................

* **По Ваши предишни застраховки:**
* Прекратявани ли са предсрочно от застраховател и защо? ☐ да ☐ не
* Искано ли е увеличаване на застрахователната премия? ☐ да ☐ не
* Налагани ли са специфични ограничения? ☐ да ☐ не

Ако има отговор “да”, моля опишете

.................................................................................................................................................................................................

* Предявявани ли са претенции (извънсъдебни или съдебни) срещу лечебното заведение или лицето/лицата, упражняващи медицинска професия в него, за щети причинени на пациент?

☐ да ☐ не

 Ако да, моля посочете подробности:

* Дата на претенцията: .......................................
* Естество на претенцията:

.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

* Размер на претенцията:.............................................
* Известни ли са Ви обстоятелства, които могат да доведат до претенции срещу лечебното заведение или лицето/лицата, упражняващи медицинска професия в него, за щети, причинени на пациент?

☐ да ☐ не

 Ако да, моля опишете:

 ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

*Декларирам, че предоставената информация е достоверна и изчерпателна, и не са укрити обстоятелства, които имат отношение към оценката на риска при застраховането на професионална отговорност.*

Дата. ……………..…….., гр…………...

Име, подпис, печат: ......................................................

*ЗАД "Алианц България" се задължава да третира като конфиденциална информацията, получената чрез настоящия въпросник. Попълването и представянето на въпросника не задължават която и да е от страните да сключи застраховката. Ако застраховката бъде сключена, настоящият въпросник ще се счита за неразделна част от застрахователната полица.*