**ПРИМЕРНО ПОПЪЛНЕН ВЪПРОСНИК - ПРЕДЛОЖЕНИЕ**

# за сключване на застраховка за идивидуална практика с нает мед. Персонал или Групова практика

# “ПРОФЕСИОНАЛНА ОТГОВОРНОСТ НА ЛИЦАТА, УПРАЖНЯВАЩИ МЕДИЦИНСКА ПРОФЕСИЯ”

**за ДРУЖЕСТВО НА СОФИЙСКИТЕ ОБЩОПРАКТИКУВАЩИ ЛЕКАРИ**

1. **Застраховащ (юридическо лице):**

ИМЕ/НАИМЕНОВАНИЕ на практиката:

...........ИППМП-ИП/ГП Медика Груп ЕООД/ООД.... ЕИК:...8737498762

гр./с........**СОФИЯ**...................., кв./ул...Боряна...................................№/бл.........21......., вх......А......, ет....1.........., ап.......2.......,

е-mail:....**dr\_petrov@mail.bg**..........Тел...**0888 898989**

☐Х индивидуална

УИН/ЛПЧ ................................не се попълва......................... Специалност: ..........**ОБЩА МЕДИЦИНА**

РИСКОВА ГРУПА - съгласно приложение

 Списък: ☐ първа ☐ втора ☐ трета

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

1. **Лечебно заведение:**

НАИМЕНОВАНИЕ:

.....................**НЕ СЕ ПОПЪЛВА!** ..................................................................................................... ЕИК: ...................................................

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

№/бл................, вх............, ет.............., ап.............., е-mail:..........................................................................

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

* 1. **ВИД ДЕЙНОСТ**

☐Х 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

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

 ☐ ☐Х ДА ☐ НЕ

1. **Срок на застраховката:**от :ДАТА /от следващия ден на подаване до: ...ДАТА....../.1 година.от деня на подаване/..

 (дд/мм/гггг) (дд/ммм/гггг)

 ретроактивна дата: ...................................

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

Амбулаторно приходящи: ......3540.............................

Хоспитализирани: ................76...................

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

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

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

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

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

Ако има отговор “да”, моля опишете........................................................................................................

1. Предявявани ли са претенции (извънсъдебни или съдебни) срещу лечебното заведение или лицето/лицата, упражняващи медицинска професия в него, за щети причинени на пациент? ☐ да ☐Х не

 Ако да, моля посочете подробности:

* Дата на претенцията:....................................................
* Естество на претенцията: .......................................................................................................................................................
* Размер на претенцията:........................................................
1. 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 ☐Х 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. ………27.12.2018……….., гр. …СОФИЯ………………..

Име на управителя, подпис, печат/фирмен/: ..............д-р Иван Петров.......................................................

*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.*

|  |  |
| --- | --- |
|  | СПИСЪК НА МЕДИЦИНСКИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ ОТ практика: ППМП-ИП/ ГП Медика Груп ЕООД/ООД |
| **№** | **ТРИТЕ ИМЕНА** | **СПЕЦИАЛНОСТ** | **РИСКОВА ГРУПА** | **ЕГН** | **УИН/ЛПК** |
| 1 | **Д-р Иван Петров Петров**  | **Обща медицина** | **втора** | **6203127042** | **2300008888** |
| 2 |  Д- р Никола Петров Николов | **Обща медицина**  |  **втора** | 6406119000  | 2300009876  |
| 3 |  Д-р Нина Иванова Петрова | **Обща медицина**  |  **втора** | 6001237631  | 2300005432  |
| 4 |  М.с. Ваня Иванова Стоянова | Медицинска сестра специалист по здравни грижи  | първа  |  7501276658 |   |
| 5 |  Фелшер Николай Тотев Гергов |  фелшер | първа  |  5405148754 |   |
| 6 |   |   |   |   |   |
| 7 |   |   |   |   |   |
| 8 |   |   |   |   |   |
| 9 |   |   |   |   |   |
| 10 |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Дата и място: |  | За (лечебното заведение)  | ............................ |  |
|  | София, 27.12.2018г. |  |  | (подпис и  | Печат на лечебното заведение) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Първа група** | **Втора група** | **Трета група** |
| Вирусология  | Авиационна медицина | Акушерство и гинекология  |
| Клинична алергология | Вътрешни болести | Ангиология |
| Клинична имунология | Гастроентерология | Анестезиология и интензивно лечение |
| Клинична лаборатория | Гериатрична медицина | Гръдна хирургия |
| Клинична фармакология и терапия | Детска гастроентерология | Детска кардиология |
| Физикална и рехабилитационна медицина | Детска еднокринология и болести на обмяната | Детска клинична хематология и онкология |
| Микробиология | Детска неврология | Детска хирургия |
| Медицинска генетика | Детска нефрология и хемодиализа | Кардиология  |
| Медицинска паразитология  | Детска пневмология и фтизиатрия | Кардиохирургия |
| Съдебна медицина | Детска психиатрия | Клинична токсикология |
| Професионални болести | Детска ревматология  | Лицево-челюстна хирургия |
| Спортна медицина  | Ендокринология и болести на обмяната | Медицинска онкология  |
| Дентална медицина | Инфекциозни болести | Неврохирургия  |
| Фармация | Кожни и венерически болести | Неонатология  |
| Медицинска професия от професионално направление "Здравни грижи" - медицинска сестра/акушерка/фелдшер/рехабилитатор/лаборант-медицински, рентгенов/зъботехник | Нервни болести | Ортопедия и травматология |
| Нефрология  | Пластично-възстановителна и естетична хирургия |
| Обща медицина | Спешна медицина |
| Очни болести | Съдова хирургия |
| Педиатрия  | Ушно-носно-гърлени болести |
| Неклинични специалности | Пневмология и фтизиатрия | Хирургия |
|   | Психиатрия  |   |
|   | Ревматология  |   |
|   | Съдебна психиатрия  |   |
|   | Трансфузионна хематология |   |
|   | Урология  |   |
|   | Лъчелечение |   |
|   | Клинична хематология |   |
|   | Нуклеарна медицина |   |
|   | Образна диагностика |   |
|   | Обща и клинична патология |   |

**Групи специалности, съгласно Наредбата за задължителното застраховане на лицата, упражняващи медицинска професия:**