**Въпросник за сключване на Задължителна застраховка Отговорност на лицата, които упражняват медицинска професия**

|  |
| --- |
| Въпросникът се попълва по повод на:[ ]  сключване на застраховка за първи път;[ ]  подновяване на съществуваща застраховка;[ ]  друго: .Кандидатът за застраховане следва да попълни този Въпросник, съдържащ:**Секция А** - Данни за Застраховащия (попълва се винаги).**Секция Б** - Данни за Лечебно заведение (попълва се винаги).**Секция В** – Информация във връзка с оценката на риска (попълва се винаги).**Секция Г** – Данни за Застраховката (попълва се винаги).Тип на клиента [ ]  ЮЛ [ ]  ФЛ [ ]  Самоосигуряващо се лице**Секция А - Данни за Застраховащия (физическо или юридическо лице)** |
| Застраховащ |  |
| ЕГН, ЛНЧ, EИК, БУЛСТАТ  |  |
| Адрес |  |
| e-mail |  |
| Телефон |  |
|  |  |
| [ ]  **Индивидуална застраховка** |  |
| Застраховано лице: |  |
| ЕГН: |  |
| УИН/ЛПЧ: |  |
| Специалност: |  |
| Рискова група (приложение): | [ ]  първа [ ]  втора [ ]  трета |
| [ ]  **Индивидуална/Групова практика** – моля, приложете списък на застрахованите лица по образец на Застрахователя. Ако се застрахова само едно лице, моля попълнете:  |
| Застраховано лице: |  |
| ЕГН: |  |
| УИН/ЛПЧ: |  |
| Специалност: |  |
| Рискова група (приложение): | [ ]  първа [ ]  втора [ ]  трета |
|  |
| [ ]  **Групова застраховка** – моля, приложете списък на застрахованите лица по образец на Застрахователя |
| Съгласие за електр. комуникация със Застраховащия [ ]  Да [ ]  Не |
| **Секция Б - Данни за Лечебно заведение** |
| НаименованиеEИК, БУЛСТАТАдресe-mailТелефон |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Секция В - Информация във връзка с оценката на риска** |
| 1. Описание на дейността за застраховане
 |  |
| * 1. Код на дейността по КИД (Класификация на икономическите дейност на НСИ) / CEA / ISIC code:
 |  |
| * 1. Вид Лечебно заведение
 |  |
| [ ]  \* Извънболнична помощ[ ]  Болнична помощ [ ]  Център за спешна медицинска помощ[ ]  Комплексен онкологичен център[ ]  Център за трансфузионна хематология [ ]  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 |
| * + 1. \* Вид Извънболнична помощ
 |  |
| [ ]  Индивидуална практика за първична медицинска помощ[ ]  Групова практика за първична медицинска помощ[ ]  Индивидуална практика за специализирана медицинска помощ[ ]  Групова практика за специализирана медицинска помощ | [ ]  \*\* Медицински център и медико-дентален център[ ]  \*\*\* Диагностично-консултативен център[ ]  Самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории[ ]  Дентални центрове[ ]  Индивидуална практика за здравни грижи[ ]  Групова практика за здравни грижи |
| * + 1. \*\* Медицински център и медико-дентален център или \*\*\* Диагностично-консултативен център с:
 |
| извършване на хирургични интервенции | [ ]  Да [ ]  Не |
| предлагане на стационарно лечение до 48 часа | [ ]  Да [ ]  Не |
| 1. Брой на лицата, упражняващи медицинска професия, по медицински специалности
 |
| **Първа група** |  |
| 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, вкл. моля отговорете: |  |
| Извършвате ли хирургични интервенции? | [ ]  Да [ ]  Не |
| Извършвате ли имплантология?  | [ ]  Да [ ]  Не |
| Фармация |  |
| Медицинска професия от професионално направление "Здравни грижи" - медицинска сестра/ акушерка/ фелдшер/ рехабилитатор/ лаборант-медицински, рентгенов/ зъботехник |  |
| Неклинични специалности |  |
| **Общ брой в Първа рискова група** |  |
|  |  |
| **Втора група** |  |
| 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** |  |
|  |  |
| 1. Брой на пациентите за една година:
 | Амбулаторно приходящи:  |  |
| Хоспитализирани: |  |
| 1. Използвате ли радиоактивни материали:
 | [ ]  Да [ ]  Не |
| **Действащи и предишни застраховки и** **застрахователни претенции** |
| 1. **Имали ли сте действаща или предишна такава застраховка.**

**Ако “Да”, моля посочете:** | [ ]  Да [ ]  Не  |
| **Застраховател** | **Период на застраховката** | **Единичен лимит**[ ]  **BGN** [ ]  **EUR** | **Самоучастие**[ ]  **BGN** [ ]  **EUR**  |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 1. **По Ваша действаща или предишна застраховка**
 |  |
| * 1. Било ли е отклонявано предложение за сключване?
 | [ ]  Да [ ]  Не |
| * 1. Искано ли е завишение на премията?
 | [ ]  Да [ ]  Не |
| * 1. Налагани ли са ограничения на покритието?
 | [ ]  Да [ ]  Не |
| * 1. Било ли е покритието прекратено или неподновено?
 | [ ]  Да [ ]  Не |
| 1. **Моля, посочете за последните пет години**
 |
| * 1. Предявени срещу Вас претенции независимо по сключена застраховка или не, или в размер на самоучастие
 | [ ]  Да [ ]  Не  |
| **Година** | **Брой щети** | **Причина за щета****Естество на претенция****Размер на претенция** | **Платено**[ ]  **BGN**  [ ]  **EUR** | **Висящо**[ ]  **BGN**  [ ]  **EUR** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| * 1. Обстоятелства или събития, които могат да доведат срещу лечебното заведение или лицето/лицата, упражняващи медицинска професия в него, за щети, причинени на пациент. Ако “Да”, моля опишете:
 | [ ]  Да [ ]  Не |
|  |
| **Секция Г – Данни за Застраховката** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Застрахователно покритие | Начало  |   |
| Край |  |
| Валута | [ ]  BGN [ ]  EUR |
| Самоучастие от всяка претенция |  |
| Начин на плащане на застрахователната премия | [ ]  еднократно[ ]  вноски |
| В качеството на Кандидат за застраховане попълних лично този Въпросник и с подписването му декларирам, че съм:- отговорил/а пълно, изчерпателно и вярно на поставените във Въпросника въпроси и съм съгласен/а тази информация да служи за Оценка на риска по Застраховката;- декларираните от мен данни са верни и ми е известно, че при невярно посочени данни и обстоятелства по този Въпросник, Застрахователят може да прекрати Застраховката или Застрахователното покритие, да измени Застраховката, да намали застрахователните обезщетения или суми по Застраховката или да откаже плащане, съгласно Общите условия на ЗАД Алианц България за Задължителна застраховка Отговорност на лицата, които упражняват медицинска професия;- получил/а копие от този Въпросник;- получил/a екземпляр от Съобщението за защита на личните данни на ЗАД Алианц България, в което ми бяха разяснени целите и начините за обработване на личните ми данни, правата ми във връзка с тях, както и къде мога да намеря повече информация;- получил/a съм преддоговорната информация по чл. 324 - 326 от КЗ; - всяко ползване на имейл адреса по повод на Застраховката се счита за извършено от мен и ме обвързва, независимо дали съм разрешил и/или одобрил ползването на имейл адреса. |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Място и дата:  |  |
| Име, подпис, печат: |  |
| ЗАД Алианц България се задължава да третира като застрахователна тайна получената чрез този въпросник информация. 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 застрахователния договор. |

 |

 |
|  |

**С радост ще помогнем.**

Обади ни се на 0700 13 014 или посети сайта ни allianz.bg

