**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.*