

DOTAZNÍK

POJIŠTĚNÍ ODPOVĚDNOSTI POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB ZA ÚJMU

Pojistník (zájemce o pojištění):

Jméno, příjmení, titul/ název:		IČO/ RČ:
Adresa bydliště/ sídla:		
Korespondenční adresa (je-li odlišná od adresy bydliště/ sídla):		
Jednající – titul, jméno, funkce:		
Telefon:	E-mail:	Fax:
Mobilní telefon:		

Rok zahájení činnosti:	Hrubé roční příjmy ¹ :
------------------------	-----------------------------------

Typ zdravotnického zařízení: (zaškrtněte jednu z níže uvedených možností)

zdravotnické zařízení poskytující lůžkovou péči – uveďte typ (nemocnice, sanatorium, LDN.):

poliklinika nebo obdobné zařízení

ambulantní zařízení s více ordinacemi (pracovišti) – uveďte jejich počet:

samostatná ordinace (pracoviště) lékaře/ zdravotnického pracovníka

lékárna → a) s přípravou léků b) bez přípravy léků

jiný – specifikujte:

Obor poskytované zdravotní péče (specializace): (uveďte)

.....

Forma poskytování zdravotní péče:

ambulantní, domácí nebo jednodenní (bez lůžkové)

lůžková (případně společně s ambulantní, domácí nebo jednodenní)

jiná – specifikujte:

Požadované datum počátku pojištění:

Požadovaná doba trvání pojištění: 1 rok 2 roky 3 roky

Požadovaný rozsah pojištění:

profesní odpovědnost + odpovědnost za škodu způsobenou vadou výrobku

profesní odpovědnost + odpovědnost za škodu způsobenou vadou výrobku + obecná odpovědnost

¹ příjmy před zdaněním za předchozí rok/ u nově zahájené činnosti předpokládané hrubé příjmy za první rok

Požadovaný limit pojistného plnění (Kč):

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1.000.000 | <input type="checkbox"/> 5.000.000 |
| <input type="checkbox"/> 2.000.000 | <input type="checkbox"/> 10.000.000 |
| <input type="checkbox"/> 3.000.000 | <input type="checkbox"/> 15.000.000 |
| <input type="checkbox"/> 4.000.000 | <input type="checkbox"/> 20.000.000 |

Požadovaná spoluúčasť (Kč):

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1.000 | <input type="checkbox"/> 10.000 |
| <input type="checkbox"/> 2.500 | <input type="checkbox"/> 20.000 |
| <input type="checkbox"/> 5.000 | <input type="checkbox"/> 50.000 |

Počty lékařů, zdravotnických pracovníků, lůžek a zdrojů radioaktivního záření (RTG..):

Kód:	Specifikace:	Počet:
70	lékař oboru: chirurgie (vč. cévní, dětské, neurochirurgie, plastické chirurgie), ortopedie, urologie, gynekologie a porodnictví, stomatologie (zubní lékařství), anesteziologie a intenzivní medicína, radiologie a zobrazovací metody ²	
71	lékař jiného oboru než: chirurgie (vč. cévní, dětské, neurochirurgie, plastické chirurgie), ortopedie, urologie, gynekologie a porodnictví, stomatologie (zubní lékařství), anesteziologie a intenzivní medicína, radiologie a zobrazovací metody ²	
72	farmaceut (magistr farmacie) ²	
73	farmaceutický asistent (u pojištění lékáren) ²	
74	odborný zdravotnický pracovník ³ (pracující bez odborného dohledu)	
75	pomocný zdravotnický pracovník ³ (pracující pod odborným dohledem/ přímým vedením)	
76	lůžko v nemocnici	
87	lůžko v léčebně dlouhodobě nemocných	
77	lůžko v léčebně tuberkulózy a respiračních nemocí	
78	lůžko v psychiatrické léčebně	
79	lůžko v rehabilitačním ústavu	
80	lůžko v lázeňské léčebně	
81	lůžko v ozdravovně	
82	lůžko v sanatoriu	
83	lůžko v dětském domově pro děti do tří let	
84	lůžko v jiném specializovaném ústavu	
85	zdroj radioaktivního záření používaný k léčbě	
86	zdroj radioaktivního záření používaný k diagnostice	

Další informace:

- Záchranná služba: ano ne
- Lékárna (u pojištění nemocnic, poliklinik apod.): ano ne

² Všechny osoby, které jsou činné v příslušném zdravotnickém zařízení (bez ohledu na to, jestli jde o zaměstnance nebo osoby spolupracující na jiném základě), včetně poskytovatele zdravotních služeb – fyzické osoby.

Požadovaná připojištění:	Požadovaný sublimit ³ (Kč):
<input type="checkbox"/> Z - movité věci převzaté a užívané ⁴	
<input type="checkbox"/> G - náklady zdravotní pojišťovny a regresy orgánů nemocenského pojištění -zaměstnanci ⁴	
<input type="checkbox"/> H - přenos viru HIV	
<input type="checkbox"/> K - kosmetická a plastická chirurgie	
<input type="checkbox"/> N - rozšíření nakažlivých chorob	
<input type="checkbox"/> O - nemajetková újma (ochrana osobnosti)	
<input type="checkbox"/> C – čistá finanční škoda (předpis zdrav. pomůcky)	
<input type="checkbox"/> T – umělé přerušení těhotenství (za přímou finanční úhradu)	
<input type="checkbox"/> MA – péče na základě smlouvy s jiným zdravotnickým zařízením (pouze ambulantní)	shodný s limitem pro základní pojištění
<input type="checkbox"/> ML – péče na základě smlouvy s jiným zdravotnickým zařízením (i lůžková)	shodný s limitem pro základní pojištění

Jste/ byl jste již pojištěn na odpovědnost poskytovatele zdravotních služeb (provozovatele zdravotnického zařízení) za újmu (škodu)?	
<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano
	<input type="checkbox"/> u Kooperativy: → číslo pojistné smlouvy:
	<input type="checkbox"/> u jiného pojistitele ▪ a) pojištění trvá <input type="checkbox"/> → limit plnění: ▪ b) pojištění zaniklo/ zanikne <input type="checkbox"/> dne:

Jiná pojištění sjednaná u Kooperativy:	
druh pojištění:	číslo pojistné smlouvy:

³ sublimit nesmí převýšit limit plnění pro základní pojištění

⁴ lze sjednat pouze v případě, že je sjednáno také pojištění **obecné odpovědnosti** (k rozsahu pojištění „PVO“)

Bylo v minulosti odmítnuto předložení nabídky na pojištění Vaší odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb (provozovatele zdravotnického zařízení) za újmu (škodu); bylo Vám takové pojištění vypovězeno či bylo zamítnuto jeho prodloužení?

ne

ano → uveďte pojistitele a upřesněte:

Jsou nebo byly v předchozích pěti letech proti Vám uplatňovány nároky na náhradu újmy (škody) z titulu odpovědnosti za újmu (škodu) v souvislosti s poskytováním zdravotní péče nebo v souvislosti s provozem zdravotnického zařízení?

ne

ano → uveďte podrobnosti:

Jsou Vám známy skutečnosti, které by mohly vést k uplatnění nároku na náhrady újmy vůči Vám?

ne

ano → uveďte podrobnosti:

Bylo proti Vám, Vašemu společníku, zaměstnanci či jiné osobě pro Vás činné v posledních pěti letech vedeno trestní, disciplinární nebo jiné řízení v souvislosti s porušením povinností při poskytování zdravotních služeb?

ne

ano → uveďte podrobnosti:

Pojistník (zájemce o pojištění) potvrzuje, že všechny údaje uvedené v tomto dotazníku odpovídají skutečnosti a bere na vědomí, že dojde-li na základě dotazníku k uzavření pojistné smlouvy, je povinen v průběhu doby trvání pojištění bez zbytečného odkladu oznámit pojistiteli všechny případné změny v těchto údajích.

V dne

.....

podpis pojistníka (zájemce o pojištění)