



Dotazník k pojištění majetku a odpovědnosti poskytovatele ambulantních zdravotních služeb - Lékař

Zájemce o pojištění:

RČ / IČO:	<input type="text"/>	Firma / Jméno a příjmení:	<input type="text"/>
Ulice, č. popisné:	<input type="text"/>		
Obec:	<input type="text"/>	PSČ:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>
Jednající osoby:	<input type="text"/>		

Typ zdravotnického zařízení:

<input type="checkbox"/>	Samostatná ambulantní ordinace (pracoviště) lékaře (zdravotnického pracovníka)	Typ	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/>	Sdružené ambulantní zařízení	<input type="checkbox"/>	S přípravou léků	<input type="checkbox"/>	Bez přípravy léků
<input type="checkbox"/>	Lékařna	<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/>	Jiné	<input type="text"/>			

Druh(y) poskytované zdravotních služeb (specializace):

<input type="text"/>

Rok zahájení činnosti:	<input type="text"/>	Celkové roční příjmy v Kč:	<input type="text"/>
------------------------	----------------------	----------------------------	----------------------

Počet lékařů/farmaceutů:	<input type="text"/>
Počet odborného zdravotnického personálu:	<input type="text"/>
Počet pomocného zdravotnického personálu:	<input type="text"/>
Počet přístrojů RTG:	<input type="text"/>

Pojištění movitých věcí

Adresa:	<input type="text"/>
---------	----------------------

Pojistná částka (nová cena) *

Zařízení ordinace/lékařny	<input type="text"/>
Zásoby	<input type="text"/>
Cizí věci	<input type="text"/>
Celkem	<input type="text"/>

Byl objekt, kde jsou umístěny movité věci, v posledních 20 letech zaplaven?	<input type="text"/>
---	----------------------

Požárně bezpečnostní zařízení

- Elektrická požární signalizace (EPS) s napojením na místo s trvalou obsluhou
- Elektrická požární signalizace (EPS) s napojením na profesionální jednotku Hasičského záchranného sboru

Zabezpečení objektu

- EZS + lokální signalizace
- EZS + PCO (pult centrální ochrany)

Sprinklerové hasicí zařízení

Pravidelná kontrola fyzické ostrahy

Pojistná nebezpečí:

Požár (požár, přímý úder blesku, výbuch, pád letadla)		Spoluúčast:		<input type="text"/>
Povodeň nebo záplava		<input type="checkbox"/>	Anc <input type="checkbox"/>	Ne
<input type="checkbox"/>	na celou pojistnou částku	<input type="checkbox"/>	na limit pojistného plnění	<input type="text"/>
Spoluúčast:		<input type="text"/>		
Vichřice, krupobití		<input type="checkbox"/>	Anc <input type="checkbox"/>	Ne
<input type="checkbox"/>	na celou pojistnou částku	<input type="checkbox"/>	na limit pojistného plnění	<input type="text"/>
Spoluúčast:		<input type="text"/>		
Voda z vodovodního zařízení		<input type="checkbox"/>	Anc <input type="checkbox"/>	Ne
<input type="checkbox"/>	na celou pojistnou částku	<input type="checkbox"/>	na limit pojistného plnění	<input type="text"/>
Spoluúčast:		<input type="text"/>		
Sesuv (sesuv půdy, sesuv lavin, tíha sněhu nebo námrazy, zemětřesení)		<input type="checkbox"/>	Anc <input type="checkbox"/>	Ne
<input type="checkbox"/>	na celou pojistnou částku	<input type="checkbox"/>	na limit pojistného plnění	<input type="text"/>
Spoluúčast:		<input type="text"/>		
Ostatní nebezpečí (pád stromů nebo stožárů, náraz dopr. prostředku, aerodynamický třesk, kouř)		<input type="checkbox"/>	Anc <input type="checkbox"/>	Ne
<input type="checkbox"/>	na celou pojistnou částku	<input type="checkbox"/>	na limit pojistného plnění	<input type="text"/>
Spoluúčast:		<input type="text"/>		
Krádež vloupáním a loupež		<input type="checkbox"/>	Anc <input type="checkbox"/>	Ne
<input type="checkbox"/>	na celou pojistnou částku	<input type="checkbox"/>	na limit pojistného plnění	<input type="text"/>
Spoluúčast:		<input type="text"/>		

Připojištění		
Stavební součásti a úpravy	Limit poj. plnění	<input type="text"/>
Věci zvláštní hodnoty	Limit poj. plnění	<input type="text"/>
Cenné věci a cennosti	Limit poj. plnění	<input type="text"/>
Předměty	Limit poj. plnění	<input type="text"/>
Přepětí	Limit poj. plnění	<input type="text"/>
Vandalismus	Limit poj. plnění	<input type="text"/>
Obsah chladicího zařízení	Limit poj. plnění	<input type="text"/>
Atmosférické srážky	Limit poj. plnění	<input type="text"/>

Pojištění skla - all risk

Skló (okna, vitríny, zasklení nábytku, ...)	Limit poj. plnění	<input type="text"/>
---	-------------------	----------------------

Popis skel:

Pojištění elektroniky a strojů - all risk

Zdravotnická elektronická zařízení	Limit poj. plnění	<input type="text"/>
Kancelářská elektronická zařízení	Limit poj. plnění	<input type="text"/>
Popis elektroniky:	<input type="text"/>	
Zdravotnická strojní zařízení	Limit poj. plnění	<input type="text"/>
Provozní strojní zařízení	Limit poj. plnění	<input type="text"/>
Popis strojů:	<input type="text"/>	

Pojištění přerušení provozu

Z důvodu:

škody na věci (živelní události) Limit poj. plnění

škody na věci, újmy na zdraví a úředního zásahu - pouze pro lékaře

	Jméno	Příjmení	RČ	
1. lékař	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Limit poj. plnění <input type="text"/>
2. lékař	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Limit poj. plnění

Předmětem pojištění je roční ušlý zisk a stálé náklady nebo roční náklady na zastupujícího lékaře.
V případě zájmu o pojištění více lékařů připojte seznam s potřebnými údaji a požadovanými limity pojistného plnění.

Pojištění budov a ostatních staveb

Adresa:

Pojistná částka (nová cena) *

Hlavní budova

Ostatní stavby

Celkem

* Částka, kterou je třeba obvykle vynaložit k vybudování novostavby téhož druhu, rozsahu a kvality v daném místě pojištění, včetně nákladů na projektovou a inženýrskou činnost a správních poplatků. Nikoliv tržní cena.

Technický stav budovy

Rekonstrukce

Rok:

Průběžná:

Byl objekt v posledních 20 letech zaplaven?

Požárně bezpečnostní zařízení

- Elektrická požární signalizace (EPS) s napojením na místo s trvalou obsluhou
- Elektrická požární signalizace (EPS) s napojením na profesionální jednotku Hasičského záchranného sboru
- Sprinklerové hasicí zařízení

Zabezpečení objektu

- EZS + lokální signalizace
- EZS + PCO (pult centrální ochrany)
- Pravidelná kontrola fyzické ostrahy

Pojistná nebezpečí:

Požár (požár, přímý úder blesku, výbuch, pád letadla)		Spoluúčast:	<input type="text"/>
Povodeň nebo záplava	<input type="checkbox"/>	Anc <input type="checkbox"/>	Ne
<input type="checkbox"/> na celou pojistnou částku	<input type="checkbox"/>	na limit pojistného plnění	<input type="text"/>
Spoluúčast:	<input type="text"/>		
Vichřice, krupobití	<input type="checkbox"/>	Anc <input type="checkbox"/>	Ne
<input type="checkbox"/> na celou pojistnou částku	<input type="checkbox"/>	na limit pojistného plnění	<input type="text"/>
Spoluúčast:	<input type="text"/>		
Voda z vodovodního zařízení	<input type="checkbox"/>	Anc <input type="checkbox"/>	Ne
<input type="checkbox"/> na celou pojistnou částku	<input type="checkbox"/>	na limit pojistného plnění	<input type="text"/>
Spoluúčast:	<input type="text"/>		
Sesuv (sesuv půdy, sesuv lavin, tíha sněhu nebo námrazy, zemětřesení)	<input type="checkbox"/>	Anc <input type="checkbox"/>	Ne
<input type="checkbox"/> na celou pojistnou částku	<input type="checkbox"/>	na limit pojistného plnění	<input type="text"/>
Spoluúčast:	<input type="text"/>		
Ostatní nebezpečí (pád stromů nebo stožárů, náraz dopr. prostředku, aerodynamický třesk, kouř)	<input type="checkbox"/>	Anc <input type="checkbox"/>	Ne
<input type="checkbox"/> na celou pojistnou částku	<input type="checkbox"/>	na limit pojistného plnění	<input type="text"/>
Spoluúčast:	<input type="text"/>		
Krádež vloupáním a loupež	<input type="checkbox"/>	Anc <input type="checkbox"/>	Ne
<input type="checkbox"/> na celou pojistnou částku	<input type="checkbox"/>	na limit pojistného plnění	<input type="text"/>
Spoluúčast:	<input type="text"/>		

<u>Připojištění</u>	
Atmosférické srážky	Limit poj. plnění <input type="text"/>
Přepětí	Limit poj. plnění <input type="text"/>
Vandalismus	Limit poj. plnění <input type="text"/>
Zateplená fasáda	Limit poj. plnění <input type="text"/>

Pojištění odpovědnosti

Obecná (provozní) odpovědnost

Profesní odpovědnost

Odpovědnost za újmu způsobenou vadou výrobku

Požadovaný limit pojistného plnění:		Požadovaná spoluúčast:	
<input type="checkbox"/> 1 000 000 Kč	<input type="checkbox"/> 10 000 000 Kč	<input type="checkbox"/> 1 000 Kč	<input type="checkbox"/> 20 000 Kč
<input type="checkbox"/> 2 000 000 Kč	<input type="checkbox"/> 15 000 000 Kč	<input type="checkbox"/> 3 000 Kč	<input type="checkbox"/> 50 000 Kč
<input type="checkbox"/> 3 000 000 Kč	<input type="checkbox"/> 20 000 000 Kč	<input type="checkbox"/> 5 000 Kč	<input type="checkbox"/> 100 000 Kč

<input type="checkbox"/>	5 000 000 Kč	<input type="checkbox"/>	50 000 000 Kč	<input type="checkbox"/>	10 000 Kč
--------------------------	--------------	--------------------------	---------------	--------------------------	-----------

Požadovaná připojištění:

Požadovaný limit plnění / navýšení limitu v Kč:

<input type="checkbox"/>	újma na věcech zaměstanců (věci zaměstnanců, které se do zaměstnání obvykle nosí, např. oděvy, hodinky, kabelky, ...)	v základním rozsahu
<input type="checkbox"/>	újma na věcech odložených (věci odložené u pojištěného na místě k tomu určeném nebo na místě, kam se obvykle odkládají)	v základním rozsahu
<input type="checkbox"/>	újma na věcech převzatých movitých (věci, které pojištěný převzal za účelem splnění svého smluvního závazku)	
<input type="checkbox"/>	újma na věcech užívaných movitých (věci, které pojištěný užívá na základě leasingové smlouvy, nájemní smlouvy, smlouvy o půjčce či výpůjčce)	
<input type="checkbox"/>	újma, která vznikla přenosem viru HIV	
<input type="checkbox"/>	újma, která vznikla zavlečením nebo rozšířením nakažlivých chorob lidí, zvířat nebo rostlin	
<input type="checkbox"/>	újma, která vznikla při specialistou prováděném umělém přerušení těhotenství	
<input type="checkbox"/>	újma, která vznikla při poskytování zdravotní péče v jiném zdravotnickém zařízení poskytujícím výhradně ambulantní péči	v základním rozsahu
<input type="checkbox"/>	nemajetková újma uplatněná v souvislosti s právem na ochranu osobnosti	
<input type="checkbox"/>	náklady zdravotní pojišťovny a orgánu nemocenského pojištění (náhrada nákladů léčení vynaložených zdravotní pojišťovnou na zdravotní péči poskytovanou zaměstnanci pojištěného, který utrpěl tělesnou újmu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání v důsledku protiprávní činnosti pojištěného)	v základním rozsahu
<input type="checkbox"/>	újma způsobená výkonem vlastnických práv k nemovitostem (újma způsobená výkonem vlastnických práv k nemovitostem, správou a provozem těchto nemovitostí)	v základním rozsahu
<input type="checkbox"/>	škoda na pronajatých nemovitostech (újma způsobená na nemovitostech, které byly pojištěnému pronajaty k provozování pojištěné činnosti)	v základním rozsahu

Požadované datum počátku pojištění:

Máte/Měl jste již sjednáno pojištění odpovědnosti provozovatele zdravotnických služeb?

<input type="checkbox"/>	Ne		
<input type="checkbox"/>	Ano	U pojistitele?	<input type="text"/>
		Bylo-li ukončeno, uveďte důvod:	<input type="text"/>

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

<input type="checkbox"/>	Ne		
<input type="checkbox"/>	Ano	Uveďte podrobnosti:	<input type="text"/>

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

<input type="checkbox"/>	Ne		
<input type="checkbox"/>	Ano	Uveďte podrobnosti:	<input type="text"/>

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?

<input type="checkbox"/>	Ne		
<input type="checkbox"/>	Ano	Uveďte podrobnosti:	<input type="text"/>

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

Zájemce o pojištění přikládá doklad o oprávnění k provozování zdravotnického zařízení.

V _____ dne _____

_____ podpis zájemce o pojištění