



Poistovňa

DOTAZNÍK

POISTENIE ZODPOVEDNOSTI ZA ŠKODU POSKYTOVATEĽA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Údaje žiadateľa o poistenie

Obchodný názov/meno: Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s.	IČO: 36601284
Adresa: Ondavská 8, Košice 040 11	Telefón: 055/7891627
Kontaktná osoba: JUDr. Frederika Birková	Email: fbirkova@vus.ch.sk

Poistenie zodpovednosti za škodu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

1. Rok začiatku výkonu činnosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti	2006
2. Licencia (špecializácia) v odbore Anestéziológia a intenzívna medicína v odbore Cievna chirurgia v odbore Angiológia v odbore Kardiochirurgia, Kardiológia,	
3. Miesto výkonu zdravotnej starostlivosti Košice, Ondavská 8	
4. Typ poskytovateľa zdravotnej starostlivosti ☐ ambulancia ☐ zariadenie na poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti ☐ lekáreň ☒ iný typ Zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdrav. starostliv.	
5. Počet lekárov / farmaceutov (vrátane spolupracujúcich a zastupujúcich lekárov / farmaceutov a štatutárnych zástupcov vykonávajúcich lekársku / farmaceutickú prax) počet 143	
6. Počet odborného zdravotného personálu (len odborný zdravotný personál evidovaný v zamestnaneckom pomere) počet 554	
7. Požadovaná poistná suma ☐ 50.000 € ☒ 200.000 € ☐ 400.000 € ☐ 100.000 € ☐ 300.000 € ☐ 500.000 €	
8. Požadovaná výška spoluúčasti ☐ 50 € ☒ 100 €	

9. Požadované pripoistenia

Detská špecializácia / poskytovanie zdravotnej starostlivosti deťmi pacientom

☐ áno ☒ nie

Výkon činnosti u poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti

☐ áno ☒ nie Sublimit: do výšky poistnej sumy

lekár operatér: ☐ áno ☐ nie

Umelé prerušenie tehotenstva za priamu finančnú úhradu*

☐ áno ☒ nie Sublimit: € max. 50% poistnej sumy

*len pre odbor (špecializáciu) gynekológia a pôrodnictvo

Kozmetické a plasticko-chirurgické výkony

☐ áno ☒ nie Sublimit: € max. 50% poistnej sumy

max. 100% PS v špecializácii plastická chirurgia

Poistenie všeobecnej zodpovednosti za škodu

10. Záujem o dojednanie poistenia

☐ áno ☒ nie

Požadovaná poistná suma

☐ 50.000 € ☐ 200.000 € ☐ 400.000 €

☐ 100.000 € ☐ 300.000 € ☐ 500.000 €

Požadovaný násobok krytia

☐ 1-násobok ☐ 2-násobok

Požadovaná výška spoluúčasti

☐ 50 € ☐ 100 €

Poistenie majetku

11. Miesto poistenia (ak je viacero miest poistenia, uveďte zvlášť ich zoznam)

12. Zabezpečenie miesta poistenia:

☐ EZS – s vývodom na automatický telefónny volič (ATV)

☐ EZS – s vývodom na stredisko registrácie poplachov (SRP)

☐ EZS – s vývodom do vonkajšej sirény

☐ strážna služba

13. Výber poistených rizík a predmetov

13.1. Riziko all-risk (živel, vodovodné škody, odcudzenie, vandalizmus a iné)

Predmet poistenia

Poistná suma

Spoluúčasť

☐ Stavba

☐ Stavebné úpravy

€

€

☐ Súbor zariadení	☐ Výber zariadení	€	€
☐ Zásoby		€	€
☐ Finančná hotovosť, ceniny		€	€
☐ Prerušenie prevádzky (12 mesiacov)		€	dní

13.2. Riziko lom stroja

Predmet poistenia	Poistná suma	Spoluúčasť
☐ Stavba	☐ Stavebné úpravy	€ % €
☐ Zariadenia	☐ Výber zariadení	€ % €
☐ Prerušenie prevádzky (12 mesiacov)		€ dní

13.3. Poškodenie zásob v chladiacom/mraziacom zariadení/boxe

Predmet poistenia	Poistná suma	Spoluúčasť
☐ Zásoby	€	€

Ďalšie informácie

14. Bol voči Vám za posledných 5 rokov uplatnený nárok na náhradu škody z poistenia zodpovednosti za škodu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti? ☐ áno ☒ nie Počet udalostí Príčina škody Výška škody
15. Zmluvný partner Union zdravotnej poisťovne ☒ áno ☐ nie 16. Podpis poistnej zmluvy na viac rokov ☒ nie ☐ 3 roky ☐ 5 rokov

Žiadateľ potvrdzuje úplnosť a pravdivosť údajov uvedených v tomto dotazníku. Je si vedomý dôsledkov neúplných alebo nepravdivých údajov (§ 802 Občianskeho zákonníka). Súhlasí s tým, že tento dotazník bude základom pre vypracovanie poistnej zmluvy. Tiež je si vedomý, že poisťovateľ je viazaný len zmluvnými podmienkami a poistenému neprináležia ďalšie nároky iného druhu. Poisťovateľ sa zaväzuje, že s údajmi bude zaobchádzať dôverne.

Prílohy: č. 1 – Licencia na výkon samostatnej zdravotníckej praxe
 č. 2 – Povolenie na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia
 č. 3 –

V _____, dňa _____

 pečiatka a podpis žiadateľa o poistenie

Meno a priezvisko dojednávateľa poistenia