

Отговорност на лицата, които упражняват медицинска професия (индивидуална)

Кандидат за застраховане (име/фамилия) ЕГН

Месторабота: гр. ул. №

телефон: ; e-mail:

Срок на застраховката: от: г. до: г.

ИНФОРМАЦИЯ, ПРЕДОСТАВЕНА ОТ КАНДИДАТА ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ:

1. Учебно заведение, в което е придобито медицинското образование и година на дипломиране:

2. Професионален стаж в години:

2.1. Общ медицински стаж:

2.2. По специалността:

3. Вид на упражняваната дейност (вид лечебно заведение, съгласно Закона за лечебните заведения):

А Дейност, осъществявана в лечебно заведение за 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.

Б Дейност, осъществявана в лечебно заведение за болнична помощ, комплексен онкологичен център, център за спешна медицинска помощ, център за трансфузионна хематология.

4. Моля, посочете в кое лечебно заведение извършвате професионалната си дейност, включително упражняваната специалност:

Лечебно заведение	Позиция

ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ЗАЩИТА

5. Лимити на отговорност. Моля, посочете:

5.1. Основно покритие:

5.1.1. Минимални годишни застрахователни суми (лимит на отговорност): съгласно чл. 189 от Закона за здравето и Наредба за задължително застраховане на лица, упражняващи медицинска професия

Вид дейност	Първа група (в лв.)	Втора група (в лв.)	Трета група (в лв.)
<input type="checkbox"/> А	<input type="checkbox"/> 30 000 за едно събитие и 60 000 в агрегат	<input type="checkbox"/> 60 000 за едно събитие и 120 000 в агрегат	<input type="checkbox"/> 90 000 за едно събитие и 180 000 в агрегат
<input type="checkbox"/> Б	<input type="checkbox"/> 50 000 за едно събитие и 100 000 в агрегат	<input type="checkbox"/> 100 000 за едно събитие и 200 000 в агрегат	<input type="checkbox"/> 150 000 за едно събитие и 300 000 в агрегат

5.1.2. Годишни застрахователни суми (лимит на отговорност) – по избор:

Лимит на отговорност за едно застрахователно събитие: лева

Лимит на отговорност в агрегат за срока на договора: лева

5.2. Допълнително покритие за правни разноски (по желание на клиента и с начисляване на допълнителна застрахователна премия).

Лимит на отговорност:

За едно застрахователно събитие: лева

В агрегат, за срока на договора, за всички застраховани: лева

(Лимитът на отговорност по допълнителното покритие не може да надвишава 10% от лимита на отговорност в агрегат по основното или 20 000 лева, която от двете суми е по-малка)

6. Самоучастие (франшиз): 5% 10% Друго:

7. Заплащане на дължимата премия: еднократно, при сключване на застраховката разсрочено, набр. вноски

8. Територия на валидност на застраховката: Република България

ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ИСТОРИЯ

9. Предявявани ли са срещу Вас извънсъдебни или съдебни претенции/искове за обезщетение по повод извършване на професионалната Ви дейност в лечебното заведение? Ако отговорът е „да“, дайте подробна информация за година, размер и основание.

не да

10. В течение ли сте на обстоятелства, които биха били повод за предявяване на претенции/искове за обезщетение по повод извършване на професионалната Ви дейност в лечебното заведение. Ако отговорът е „да“, дайте подробна информация за причините и текущото развитие.

не да

11. Били ли сте подвеждан под дисциплинарна отговорност, включително загуба на правоспособност? Ако отговорът е „да“, дайте подробна информация.

не да

12. Отказвана ли Ви е застраховка „Отговорност на лицата, които упражняват медицинска професия“ от друг застраховател? Ако отговорът е „да“, дайте подробна информация:

не да

13. Имате ли друга действаща в момента застраховка „Отговорност на лицата, които упражняват медицинска професия“?

не да

Ако отговорът е „да“, моля уточнете дали е сключена индивидуално от Вас; чрез Застраховач – лечебно заведение, в което Вие също упражнявате Вашата професия, или чрез Застраховач – професионална браншова организация (сдружение).

Моля, посочете:

Застраховател	Период на валидност	Лимит на отговорност за едно събитие	Лимит на отговорност в агрегат

14. Имате ли предишни застраховки „Отговорност на лицата, които упражняват медицинска професия“? Ако отговорът е „да“, дайте подробна информация:

не да

Период на валидност	Застраховател	Лимити на отговорност

ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ:

1. ще уведомявам писмено Застрахователя за всички предстоящи промени на адреса ми, както и за загубване на правоспособност и за заместване.

2. съм запознат и приемам Общите условия на застраховка „Отговорност на лицата, които упражняват медицинска професия“ на ЗАД „БУЛСТРАД ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП“ и желая да сключя застраховка.

Дата/място:

ЗАСТРАХОВАН:

(подпис, печат)