



ADATLAP ORVOSI/GYÓGYSZERÉSZI FELELŐSSÉGBIZTOSÍTÁSHOZ

Az ajánlat sorszáma: _____

1. Szerződő adatai

a. Név: _____

b. Lakcím/Székhely: _____
_____ út, utca, tér _____ szám _____ emelet _____ ajtó

c. Levelezési cím: _____
_____ út, utca, tér _____ szám _____ emelet _____ ajtó

d. Adószám/Adóazonosító jel: _____ e. Cégjegyzékszám: Cg. _____ - _____ - _____

f. E-mail cím: _____

2. Biztosított adatai

a. Név: _____

b. Lakcím/Székhely: _____
_____ út, utca, tér _____ szám _____ emelet _____ ajtó

c. Levelezési cím: _____
_____ út, utca, tér _____ szám _____ emelet _____ ajtó

d. Adószám/Adóazonosító jel: _____ e. Cégjegyzékszám: Cg. _____ - _____ - _____

f. E-mail cím: _____

3. A biztosított tevékenységre vonatkozó adatok

a. Biztosított orvos-szakmai tevékenység (orvos esetében): _____

Kockázatviselés helye(i) [rendelő(k) címe(i)]	A megnevezett helyen végzett orvosi, egészségügyi tevékenység(ek)	Fekvőbeteg-ellátás	Egynapos műtét
_____	_____	☐ van ☐ nincs	☐ van ☐ nincs
_____	_____	☐ van ☐ nincs	☐ van ☐ nincs
_____	_____	☐ van ☐ nincs	☐ van ☐ nincs

b. A tevékenysége során ellátott, magyar társadalombiztosítási jogviszonnyal nem rendelkező ellátottak száma a praxisban (orvos esetében, becslés): _____ %

c. Az orvosi/gyógyszerész tevékenység kezdete: _____ . _____ . _____ .

d. A cégnél alkalmazott ☐ orvosok/ ☐ gyógyszerészek száma: _____ fő

e. A cégnél alkalmazott egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személyek vagy egészségügyi képzésben részt vevő személyek: _____ fő

f. Önnek, illetve a cégnek jelenleg van-e orvosi/gyógyszerész felelősségbiztosítása: ☐ igen ☐ nem

f/1. Amennyiben igen, meddig van érvényben: _____ . _____ . _____ .

g. Kötelezték-e Önt/a céget kártérítésre:

g/1. Orvos/gyógyszerész foglalkozása gyakorlása során elkövetett szakmai hiba miatt: ☐ igen ☐ nem

g/2. Amennyiben igen, mikor: _____ . _____ . _____ .

g/3. A kártérítési igény jogcíme: _____

g/4. A keletkezett kár összege: _____ Ft

g/5. A kártérítésből még hátralévő összeg: _____ Ft

h. Jelenleg van járadékfizetési kötelezettsége: ☐ igen ☐ nem

h/1. Amennyiben igen, a havonta fizetendő összeg: _____ Ft

h/2. Meddig kell még járadékot fizetni: _____ . _____ . _____ .

3. A biztosított tevékenységre vonatkozó adatok (folytatás)

i. A vállalkozás fennállása óta:

i/1. Történt-e a tevékenység(e)ük során olyan beavatkozás, esemény, ami alapján várható, hogy kártérítési igénnyel lépnek fel Önnel/a céggel szemben:

☐ igen ☐ nem

i/2. Okozott-e, illetve okoztak-e olyan kár(oka)t, aminek következtében kártérítési igény bejelentésére lehet számítani: ☐ igen ☐ nem

Amennyiben igen, milyen címen, mekkora összegű kártérítés várható: _____

4. A biztosítási igényre vonatkozó általános adatok

a. Igényelt kártérítési limit: _____ Ft/kár, _____ Ft/év

b. Igényelt önrészesedés: _____ %, de minimum _____ E Ft/kár

c. A biztosítási szerződés tartama: ☐ határozatlan ☐ határozott, lejárat: _____ . _____ . _____ .

d. Igényelt kockázatviselési kezdet: _____ . _____ . _____ .

e. Egyéb, a biztosítás szempontjából lényeges közlendők részletezése: _____

Az adatlapon szereplő ajánlat száma arra az ajánlatra vonatkozó hivatkozás, amelynek jelen adatlap részét képezi.

Ez az adatlap önmagában nem tekinthető biztosítási ajánlatnak.

Kelt: _____, _____ . _____ . _____ .

biztosításközvetítő aláírása

szerződő/törvényes képviselő(k) aláírása