



## ADATLAP ORVOSI/GYÓGYSZERÉSZI FELELŐSSÉGBIZTOSÍTÁSHOZ

## 1. Az ügyfél adatai

a. Az  orvos  gyógyszerész, illetve  cég neve, akire/amelyre biztosítási szerződést akarnak kötni:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b. Vállalkozás székhelye: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ út, tér \_\_\_\_\_ szám \_\_\_\_\_ emelet \_\_\_\_\_ ajtó

c. Vállalkozás formája: \_\_\_\_\_

d. A cég képviseletében eljáró személy (megbízott) neve: \_\_\_\_\_

e. Levelezési címe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ út, tér \_\_\_\_\_ szám \_\_\_\_\_ emelet \_\_\_\_\_ ajtó

f. Telefon: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Érkeztető bélyegző helye

Kockázatviselés helye(i) [rendelő(k) címe(i)]	A megnevezett helyen végzett orvosi, egészségügyi tevékenység(ek)

g. A cég alapításának időpontja: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ .

h. Az orvosi/gyógyszerészi tevékenység kezdete: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ .

i. A cégnél alkalmazott  orvosok /  gyógyszerészek száma: \_\_\_\_\_ fő

j. A cégnél alkalmazott  orvos-asszisztensek /  gyógyszerész-asszisztensek száma: \_\_\_\_\_ fő

k. Önnek, illetve a cégnek jelenleg van-e orvosi/gyógyszerészi felelősségbiztosítása:  igen  nem

k/1. Amennyiben igen, meddig van érvényben: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ .

l. Önnek, illetve a cégnek korábban volt-e orvosi/gyógyszerészi felelősségbiztosítása:  igen  nem

l/1. Amennyiben igen, meddig volt érvényben: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ .

m. Volt-e Önnek/a cégnek korábban elutasított felelősségbiztosítási ajánlata?  igen  nem

n. A(z) Ön/cég korábbi biztosításainál a biztosító:  emelt díjat  alkalmazott egyedi kizárást  felmondta a szerződését  nem újította meg a szerződést

o. Miért változtat Ön/a cég a jelenlegi biztosítási szerződésen, illetve miért szűnt meg a korábbi biztosítási szerződés?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

p. Kötelezték-e Önt/a céget kártérítésre:

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

p/2. Épület tulajdonosa, kezelője, bérelője, üzemeltetője:  igen  nem

p/3. Munkáltató:  igen  nem

p/4. Megbízó:  igen  nem

q. Tartozott kártérítési kötelezettséggel személyesérülés vagy halál, illetve szerződésen kívüli harmadik személy vagyontárgyának megrogálása vagy megsemmisülése miatt?

q/1. Amennyiben igen, mikor? \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ .

q/2. Milyen címen érvényesítettek kártérítési igényt? \_\_\_\_\_

q/3. Mekkora összegű kár keletkezett? \_\_\_\_\_ Ft

q/4. Mennyit kell még kártérítésként fizetni? \_\_\_\_\_ Ft

## 1. Az ügyfél adatai (folytatás)

r. Jelenleg van-e járadékfizetési kötelezettsége?  igen  nem

r/1. Amennyiben igen havonta mekkora összeget kell fizetni? \_\_\_\_\_ Ft

r/2. Meddig kell még járadékot fizetni? \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.

s. A vállalkozás fennállása óta:

s/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

s/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: \_\_\_\_\_

t. Mekkora összegű kártérítési limitet igényel(nek)? \_\_\_\_\_ E Ft káronként / \_\_\_\_\_ E Ft évente összesen.

## 2. A biztosítási igényre vonatkozó általános adatok

a. A biztosítási szerződés tartama:  határozatlan  határozott

b. Igényelt kockázatviselési kezdet: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.

c. Határozott tartam esetén lejárat: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.

d. Mekkora a tárgyévi tervezett árbevétel: \_\_\_\_\_ E Ft

e. A biztosítási díj fizetése:  egyszeri (határozott tartam esetén)  éves  féléves  negyedéves részletekben

f. Egyéb, a biztosítás szempontjából lényeges közölnivalók részletezése:

---

---

---

---

---

---

Az ADATLAP nem tekinthető biztosítási ajánlatnak, a biztosító általi átvétele nem jelent kötelezettséget a szerződés vállalására.

Hozzájárulok az adatok számítógépes nyilvántartásához, valamint ahhoz, hogy a biztosító birtokába így jutó adatok kezelését a biztosítási ügykezelés kihelyezése folytán a biztosítón kívül más jogalany végezze.

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
a cég megbízottja/meghatalmazottja aláírása