

**Kockázatbíráló adatlap  
egészségügyi tevékenység  
felelősségbiztosításához**



**GENERALI-PROVIDENCIA Zrt.**

**Egészségügyi szolgáltató neve:** \_\_\_\_\_

**Címe:** \_\_\_\_\_

A hatályos felelősségbiztosítási szerződését kezelő biztosítótársaság neve: \_\_\_\_\_

mióta rendelkezik fenti társaságnál felelősségbiztosítással: \_\_\_\_\_

a biztosítási kötvény (szerződés) száma: \_\_\_\_\_

Rendelkezett-e korábban más biztosítótársaságnál felelősségbiztosítással:      igen      nem

a korábbi szerződést kezelő biztosítótársaság neve: \_\_\_\_\_

a biztosítási kötvény (szerződés) száma: \_\_\_\_\_

a szerződés megszűnésének okai - a biztosító részéről: \_\_\_\_\_

- a szerződő részéről: \_\_\_\_\_

Rendelkezik-e társaságunknál (illetve eredetileg a Generalinál vagy Providenciánál) egyéb biztosítási szerződéssel:      igen      nem

a kötvény (szerződés) száma: \_\_\_\_\_ a szerződés éves díja: \_\_\_\_\_ Ft

\_\_\_\_\_ Ft

\_\_\_\_\_ Ft

\_\_\_\_\_ Ft

\_\_\_\_\_ Ft

Okozott-e már kárt az egészségügyi tevékenység gyakorlásával:      igen      nem

a károkozás időpontja: \_\_\_\_\_ a kár összegének nagysága: \_\_\_\_\_ Ft

a kárrendező biztosítótársaság neve: \_\_\_\_\_

**Összesítés:**

Díjkategória	Orvos létszám (fő)
I.	
II.	
III.	
IV.	
V.	
VI.	
VII.	
Összesen:	

**Egészségügyi személyzet létszáma:**

\_\_\_\_\_ fő

Közvetítő neve: \_\_\_\_\_

Kirendeltség neve: \_\_\_\_\_ Kódja: \_\_\_\_\_ Tel./Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dátum

\_\_\_\_\_  
Szerződő (cégszerű) aláírása