

Dane potrzebne do przygotowania oferty ubezpieczenia OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą dla podmiotu leczniczego, który nie udziela świadczeń szpitalnych. NIP podmiotu: _____

Dane podstawowe:

łącznie liczba wypłaconych odszkodowań, zgłoszonych roszczeń, zdarzeń i wypadków oraz okoliczności mogących stanowić podstawę roszczenia z tytułu OC znanych ubezpieczonemu, a powstałych w ciągu ostatnich 60 miesięcy: _____

łącznie wartość wypłaconych odszkodowań i zgłoszonych roszczeń: _____

Proszę podać liczbę wszystkich osób według wykonywanej specjalizacji i formy zatrudnienia. Jeżeli specjalizacje danego lekarza występują w więcej niż jednej grupie, należy zaliczyć go do grupy wyższego ryzyka. Jeżeli podmiot kontraktuje ze szpitalem/szpitalami proszę dodatkowo o podanie w nawiasach liczby osób realizujących kontrakt w szpitalu.

Przez kontrakty są rozumiane umowy z osobami prowadzącymi własną działalność gospodarczą.

Liczba osób	Właściciele	Kontrakty	Umowy o pracę	Inne umowy (np. zlecenie)
Lekarze - grupa podwyższonego ryzyka: Anestezjologia i intensywne terapie; Chirurgia plastyczna; Położnictwo i ginekologia; Medycyna estetyczna i kosmetyczna (nie dotyczy zabiegów medycyny estetycznej skóry polegających na stymulacji biologicznej skóry w celu poprawy jej wyglądu); w trakcie specjalizacji z tej grupy				
Lekarze - grupa średniego ryzyka: Angiologia; Chirurgia; Kardiologia; Kardiologia; Medycyna ratunkowa; Neurochirurgia; Neonatologia; Okulistyka; Onkologia; Ortopedia i traumatologia narządów ruchu; Otorinolaryngologia; Periodontologia; Radioterapia onkologiczna; Stomatologia; Transfuzjologia kliniczna; Transplantologia kliniczna; Urologia; w trakcie specjalizacji z tej grupy				
Lekarze - grupa niskiego ryzyka: pozostałe specjalizacje				
Pielęgniarki i położne asystujące lub przyjmujące porody				
Inne osoby świadczące usługi zdrowotne				
Osoby nieświadczące usług zdrowotnych				

Dane dodatkowe - proszę o uzupełnienie, jeżeli udzielają Państwo poniższych świadczeń.

Stomatologia: _____ Implantologia: tak/nie; Chirurgia szczękowo-twarzowa: tak/nie

Leczenie stacjonarne i całodobowe inne niż szpitalne:

Liczba łóżek: _____ Wyżywienie: własna kuchnia/katering/brak

Czy placówka posiada aktualne certyfikaty, akredytacje? Jeżeli tak, to jakie: _____