**1.Заявитель:**

Наименование:

в лице

Юр. адрес:

Факт. адрес:

Тел.:

Банковские реквизиты: Банк       р/с       к/с

 БИК

2.1. Дата основания:

2.2. Лицензия №

2.3. Срок действия лицензии

|  |  |
| --- | --- |
|  | Штатные сотрудники |
| А | Административные работники |       (количество) |
| В | Врачи |       |
| C | Средний мед. персонал |       |
|  **В С Е Г О**: |       |

**2. ОПИСАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Укажите, пожалуйста, какие врачи-специалисты работают в Вашем медицинском учреждении:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Специальность:** | **Количество:** | **Специальность:** | **Количество:** |
| 1. Терапевт |       | 11. Cтоматолог |       |
| 2. Хирург |       | 12. Имплантолог |       |
| 3. Офтальмолог |       | 13.       |       |
| 4. Гинеколог |       |       |       |
| 5. Уролог |       |       |       |
| 6.Средний мед. персонал |       |       |       |
| 7.Отоларинголог |       |       |       |
| 8.Проктолог |       |       |       |
| 9 Ортопед |       |       |       |
| 10. Анестезиолог |       |       |       |

**3. Возможности медицинского учреждения. Предлагаемые услуги. (отметьте +)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Отделение | Есть | Отделение | Есть |
| 1. Функциональная диагностика  |       | 8. Процедурный кабинет |       |
| 2. Эндоскопическое отделение |       | 9.Стационар (кол. мест) |       |
| 3. Рентгенологические исследования |       | 10. Аптека |       |
| 4. Лабораторные исследования |       | 11. Неотложная помощь |       |
| 5. Хирургическое отделение |       | 12. Отд. восстановительного лечения:свето-тепло-водо-электролечение, массаж |       |
| 6. Физиотерапевтическое отделение |       | 13. Ультразвуковые исследования (УЗИ)  |       |
| 7. Стоматологическое отделение |       | 14. Отделение Зубопротезирования |       |

**4. Гонорары. Укажите Ваши результаты за финансовый год. Какой брутто-гонорар за финансовый год (по желанию):**

**последний**       **текущий**       **будущий**

**5. Среднее Количество пациентов в год:**

**6. Предшествующее страхование /претензии**

Ваша фирма уже была застрахована ранее? [ ]  да [ ]  нет Если « да», укажите:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование страховой компании | Период страхования | Лимит ответственности |
|       |       |       |

**7. Предъявлялись ли к Вашей фирме претензии за последние 5 лет?** [ ]  да [ ]  нет

если «Да», то пожалуйста, опишите пожалуйста:

Сколько претензий в год:

Сколько претензий в год удовлетворены (кол)

Сумма выплаченной компенсации:

Расходы по урегулированию претензии, включая стоимость привлечения экспертизы:

Судебные издержки:

**8. Известны ли Вашей фирме какие-либо обстоятельства или инциденты, которые могут привести к заявлению претензии к Вашей фирме?** [ ]  да [ ]  нет

если «Да», то пожалуйста, опишите подробно обстоятельства:

**9 Требуемое покрытие и период страхования**

*Просим застраховать* ***Гражданскую ответственность*** *Страхователя в следующих размерах:*

* Годовой (агрегатный) лимит на мед. учреждение
* Годовой (агрегатный) лимит на одного сотрудника
* лимит ответственности по одной претензии/один страховой случай

Франшиза страхователя по каждой претензии

*Срок страхования с*        *по*

|  |
| --- |
| Просим Вас сообщить дополнительную информацию, которую Вы считаете необходимым указать, и которая не нашла своего отражения выше:      |
|       |

**10. Прилагаемые документы:**

1. Лицензия;
2. ИНН;
3. ОГРН.

В настоящем заявлении-вопроснике, заявителем указаны данные достоверные и отвечающие действительности.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/     /

Подпись ФИО Должность

**М. П.** Дата заполнения: «     »       20      года

**Остались вопросы по заполнению заявления? Свяжитесь с нами - мы поможем!**