



## DOTAZNÍK PRO ZPRACOVÁNÍ NABÍDKY POJIŠTĚNÍ PROFESNÍ A OBECNÉ ODPOVĚDNOSTI ZA ÚJMU POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Tento dotazník je shrnutím informací potřebných k vypracování návrhu pojištění. Uvedte, prosím, požadované informace, které se týkají Vaší společnosti, nebo veškeré další informace, které považujete v této souvislosti za důležité. V případě potřeby uvádějte informace na samostatný list. Informace uvedené v dotazníku jsou důvěrné a budou použity pouze pro potřebu pojištění. Pokud nám nebudou požadované informace sděleny, zaznamenáme tuto skutečnost v souladu s §21, odst. 8, zákona č. 38/2004 Sb., o pojišťovacích zprostředkovatelích a likvidátorech pojistných událostí. V tomto případě budeme vycházet z informací, na základě kterých bylo zprostředkováno uzavření současného pojištění, bude-li tento postup možný. Neúplnost nebo nesprávnost sdělených informací mohou ovlivnit naše doporučení týkající se pojištění a samotnou kvalitu pojištění. Děkujeme za spolupráci.

### 1. Všeobecné informace o zájemci o pojištění

<b>Obchodní jméno (jméno, příjmení, titul):</b>	Stodská nemocnice, a.s.
<b>Sídlo (bydliště):</b>	Hradecká 600, 333 01 Stod
<b>Telefon/Fax:</b>	721 062 658
<b>IČ/DIČ (rodné číslo):</b>	263 61 086
<b>Jméno oprávněného zástupce podepisujícího pojistné smlouvy:</b>	MUDR. Alan Sutnar, Ph.D. Ing. Pavel Cibulka
<b>E-mailová adresa:</b>	

#### Procentuální vyjádření vlastnického podílu v zájemci o pojištění:

<b>Stát:</b>	
<b>Město:</b>	
<b>Soukromoprávní subjekt:</b>	
<b>Obecně prospěšná společnost:</b>	

### 2. Poskytované zdravotní služby

*Jste provozovatelem: označte křížkem jednu variantu v rámci bodu 1 nebo 2*

<p><b>1. Základní zařízení zdravotní péče</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> rehabilitační a fyzikální medicína</p> <p><input type="checkbox"/> ordinace revmatologická</p> <p><input type="checkbox"/> ordinace alergologie a klinické imunologie</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ordinace psychiatrická</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ordinace neurologická, patologie a soudní lékařství</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ordinace interní (vnitřní lékařství, diabetologie a endokrinologie, nefrologie, gastroenterologie, geriatric)</p> <p><input type="checkbox"/> hygiena a epidemiologie, mikrobiologie, hygienická stanice</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ordinace ORL, dermatovenerologie</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ordinace pneumologie a ftizeologie, urologická, biochemie, hematologie a transfúzní lékařství, onkologie, zařízení transfúzní služby, oční (oftalmologie), kardiologie, RTG laboratoř, radiologie a zobrazovací metody</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ordinace gynekologa</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ordinace ortopedická</p>
--



<input checked="" type="checkbox"/> anesteziologie a intenzivní medicína, ordinace chirurgická, rychlá záchranná služba
<input type="checkbox"/> jiné (uvedte): .....
<input checked="" type="checkbox"/> <b>2. Sdružené zařízení zdravotní péče</b> (polikliniky a sdružená zdravotnická zařízení, v jejichž ordinacích se poskytují základní nebo specializované služby)

Datum zahájení působení (rozhodnutí o registraci zřizovací listinou):	15.9.2003
Datum, kdy byla zahájena pojišťovaná činnost: (v případě sdružení uveďte rok, odkdy vykonáváte činnost společně):	1.1.2004
Sdružení ordinací ambulantní péče? (Rozumí se alespoň 2 ordinace bez ohledu na to, zda je v nich poskytován stejný druh zdravotní péče anebo různé druhy zdravotní péče.)	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Zařízení lůžkové péče?	<input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Pokud ANO, uveďte jakého typu (např. nemocnice, rehabilitační ústav, psychiatrická léčebna, lázeňská léčebna, sanatorium, kojenecký ústav apod.):
Počet lůžek:	195
Průměrná denní obsazenost lůžek v %:	68,80
Lékárny:	<input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Pokud ANO, uveďte počet osob pro lékárnou činných: 4
Uveďte, zda provozujete lékárnou s vlastní přípravou léků:	<input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Jednotky intenzivní péče?	<input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Používají se při výkonu zdravotní péče zdroje radioaktivního záření?	<input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Pokud ANO, jejich počet činí k léčbě: k diagnostice: 2
Provozujete poradenskou činnost?	<input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Pokud ANO, upřesněte:	V rámci doporučení léčby
Provozujete krevní banku?	<input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Pokud ANO, upřesněte počet skladovaných jednotek krve a způsob, jakým je krev testována: Standardním způsobem pro nemocnici
Jak dlouho a jakou formou jsou uchovávány záznamy o pacientech?	

Dále uveďte % rozdělení pacientů přijímaných na jednotlivá oddělení:

Ambulance	93,64	Onkologie	x
JIP	0,30	Gynekologie	1,44
Interna	1,76	Geriatric	0,44
Traumatologie	x	Pediatric	1,00
Psychiatric	x	Jiné (upřesněte)	x



Chirurgie	1,42		x
-----------	------	--	---

Došlo u vás v posledním roce k organizačním/kompetenčním změnám ve vedení?:  ANO  NE  
Pokud ANO, upřesněte: .....

### 3. Spolupracovníci a zaměstnanci

Počet lékařů, kteří u vás pracují v oboru chirurgie, ortopedie, urologie, gynekologie, anesteziologie, radiologie:	56
Počet jiných lékařů a magistrů farmacie:	2
Počet odborných zdravotnických pracovníků (zdravotní sestry apod.):	221

### 4. Hrubý obrat

Vaše celkové roční příjmy, které jsou předmětem daně z příjmů v předchozím kalendářním roce: **272 mil.**

U zdravotnických zařízení, zřízených jako rozpočtové/příspěvkové organizace, výnosy z činnosti a poskytnuté dotace: x

### 5. Základní údaje k pojištění obecné odpovědnosti

Počet budov:	1
Typ konstrukce:	Stavba zděná
Byly tyto budovy postaveny pro účel lékařského zařízení?	<input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Pokud NE, upřesněte:
Proběhla v současné době rekonstrukce?	<input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Pokud ANO, upřesněte: zateplení, nástavby 4.p, rekonstrukce operačních sálů
Máte havarijní plán (plán pro krizové situace)?	<input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Máte osobu zajišťující bezpečnost chodu lékařských zařízení?	<input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Pokud ANO, upřesněte její pozici a kvalifikaci: správce budovy, pracovnice BOZP, správce přístrojové techniky

### 6. Požadované pojistné krytí

Limit pojistného plnění v Kč:	20 000 000 Kč
Výše spoluúčasti v Kč:	20 000
Počátek pojištění:	20.12.2020
Doba pojištění:	1 rok
Retroaktivní krytí od:	1.1.2004
Územní rozsah pojištění:	ČR



## 7. Předchozí pojištění profesní odpovědnosti

Je/byl navrhovatel pojištěn na profesní odpovědnost?	<input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Pokud ANO, uveďte následující údaje:	
Jméno pojistitele:	Kooperativa pojišťovna
Doba trvání pojištění:	20.12.2015 – 19.12.2019
Limit pojistného plnění v Kč:	20 000 000 Kč
Spoluúčást:	20 000 Kč
Pojistné:	
Rozsah pojištění:	Profesní a obecná odpovědnost
Počet škod a jejich výše za posledních pět let:	rezerva 147 000 Kč

Byla v minulosti poptávka na pojištění profesní odpovědnosti zamítnuta pojistitelem nebo bylo takové pojištění někdy zrušeno nebo bylo zamítnuto jeho obnovení nebo byly stanoveny zvláštní podmínky pro obnovu takového pojištění?  ANO  NE

Pokud ANO, uveďte veškeré podrobnosti: .....

## 8. Škody v souvislosti s pojištěním profesní odpovědnosti

Provedl ve společnosti v posledních třech letech nadřízený orgán (ministerstvo, asociace) vnitřní kontrolu nebo disciplinární šetření?  ANO  NE

Pokud ANO, uveďte veškeré podrobnosti: .....

Odhallili jste v posledních pěti letech zpronevěru nebo podvodné jednání vašim zaměstnancem nebo externím spolupracovníkem?  ANO  NE

Pokud ANO, uveďte veškeré podrobnosti: .....

Je vám známo jakékoli podvodné jednání nebo zpronevěra ze strany jakéhokoli minulého partnera, ředitele, odborného asistenta nebo zaměstnance?  ANO  NE

Pokud ANO, uveďte veškeré podrobnosti: .....

V jaké oblasti vaší činnosti vidíte největší riziko vzniku újmy / škody?

.....

Byly v posledních pěti letech nebo jsou v současné době proti navrhovateli nebo jiné osobě činné pro navrhovatele uplatněny jakékoli nároky na náhradu újmy, na kterou se má vztahovat navrhované pojištění profesní odpovědnosti?  ANO  NE

Pokud ANO, uveďte podrobnosti včetně časových údajů, výše požadované náhrady škody, popisu vzniklé škody, povahy nároku s uvedením, zda je nárok uhrazen (vyřízen jiným způsobem) či nikoli:

.....

Jste si Vy nebo některý z Vašich společníků či osob vykonávajících s Vámi činnost společně na základě smlouvy o sdružení anebo některý z Vašich zaměstnanců vědom okolností, které by mohly vést poškozeného k uplatnění nároku na náhradu újmy vyplývající z výkonu poskytovatele zdravotních služeb vůči Vám, Vaší obchodní společnosti či osobě, která s Vámi vykonává činnost společně na základě smlouvy o sdružení?  ANO  NE

Pokud ANO, uveďte podrobnosti:



.....

K dotazníku přiložte níže uvedené dokumenty. Dotazník obsahuje číslovaných příloh.

1. Živnostenský list (u fyzické osoby)
2. Výpis z obchodního rejstříku (u právnické osoby)

Shora uvedené skutečnosti se považují za písemné zaznamenání požadavků a potřeb a za písemné odpovědi na dotazy pojišťovny ve smyslu zákonných ustanovení a pojistných podmínek. Prohlašujeme tímto, že všechny informace uvedené v tomto dotazníku jsou úplné a pravdivé. Zavazujeme se, že budeme informovat zprostředkovatele a pojistitele o podstatných změnách ohledně výše uvedených skutečností, ke kterým by došlo před uzavřením nebo po uzavření pojistné smlouvy. Zároveň poskytujeme souhlas k použití údajů uvedených v tomto dotazníku k vyplnění příslušných předmluvních dokumentů pojistitele za účelem předložení nabídky pojištění. Záměrce o pojištění souhlasí s tím, aby informace sdělené v produktovém dotazníku byly použity pro účely předmluvní dokumentace a informací pojistitele. Dotazník vyplnila osoba oprávněná jednat jménem společnosti

**Společnost RENOMIA Vám děkuje za vyplnění tohoto dotazníku.**

Datum: 03.09.2019

Vyplnil:.

Razítko a podpis: