

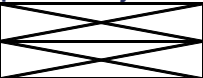

DOTAZNÍK K POJIŠTĚNÍ PROFESNÍ A OBECNÉ ODPOVĚDNOSTI ZA ÚJMU POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Tento dotazník je shrnutím informací potřebných k vypracování návrhu pojištění. Uveďte, 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 budou použity pouze pro potřebu pojištění.

1. Všeobecné informace o společnosti

Jméno / Název	Nemocnice následné péče Svatá Anna, s.r.o.
Adresa bydliště / sídla	Kyjovská 607, 348 15 Planá
IČ / DIČ (rodné číslo)	26360896/CZ699005333
E-mailová adresa	info@svataanna.nemocnicepk.cz
Jména zástupců oprávněných podepisovat pojistné smlouvy	Dagmar Špédlová, předsedkyně rady jednatelů MUDr. Petr Hubáček, MBA, LL.M.

Procentuální vyjádření vlastnického podílu v zájemci o pojištění:

Kraj Plzeňský	100%		Soukromoprávní subjekt	0%
Město	0%		Obecně prospěšná společnost	0%

2. Pokyťované zdravotnické služby

Jste provozovatelem: označte křížkem jednu variantu v rámci bodu a) nebo b)

a) Základní zařízení zdravotní péče

	ANO / NE		ANO / NE
Rehabilitační a fyzikální medicína	ano	Ordinace psychiatrická	ne
Ordinace revmatologická	ne	Ordinace gynekologa	ne
Ordinace alergologie a klinické imunologie	ne	Ordinace ortopedická	ne
Ordinace neurologická, patologie a soudní lékařství	ne	Ordinace ORL, dermatovenerologie	ne
Anesteziologie a intenzivní medicína, ordinace chirurgická, rychlá záchranná služba	ne	Hygiena a epidemiologie, mikrobiologie, hygienická stanice	ne
Ordinace interní (vnitřní lékařství, diabetologie a endokrinologie, nefrologie, gastroenterologie, geriatric)			ne
Ordinace pneumologie a ftizeologie, urologická, biochemie, hematologie a transfúzní lékařství, onkologie, zařízení transfúzní služby, oční (oftalmologie), kardiologie, RTG laboratoř, radiologie a zobrazovací metody			ne
Jiné (uveďte)			

b) Sdružené zařízení zdravotní péče

(polikliniky a sdružená zdravotnická zařízení, v jejichž ordinacích se poskytují základní nebo specializované služby)

Datum zahájení působení (rozhodnutí o registraci zřizovací listinou)	ne
Datum, kdy byla zahájena pojišťovaná činnost: (v případě sdružení uveďte rok, odkdy vykonáváte činnost společně)	
	ANO / NE
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.)	ne
Zařízení lůžkové péče	ano

V případě, že ANO uveďte, prosím, jakého typu (např. nemocnice, rehabilitační ústav, psychiatrická léčebna, lázeňská léčebna, sanatorium, kojenecký ústav apod.): Nemocnice následné péče

Počet lůžek	100	Průměrná denní obsazenost lůžek v %	92%
-------------	-----	-------------------------------------	-----

	ANO / NE	
Lékárny (ano / ne)	ne	V případě, že ANO uveďte, prosím, počet osob pro lékárnu činných:

	ANO / NE
Uveďte, zda provozujete lékárnu s vlastní přípravou léků:	ne
Jednotky intenzivní péče?	ne
Používají se při výkonu zdravotní péče zdroje radioaktivního záření?	ne
V případě, že ANO uveďte, prosím:	Počet k léčbě Počet k diagnostice

Provozujete poradenskou činnost?	ne
----------------------------------	----

V případě, že ANO upřesněte:

Provozujete krevní banku?	ne
---------------------------	----

V případě, že ANO upřesněte počet skladovaných jednotek krve a způsob, jakým je krev testována:

Uchovávání záznamů o pacientech

Jak dlouho?	dle zákona	Jakou formou?	papír/ data
-------------	------------	---------------	-------------

Dále uveďte % rozdělení pacientů přijímaných na jednotlivá oddělení

Oddělení	%	Oddělení	%
Ambulance		Psychiatrie	
JIP		Onkologie	
Interna		Gynekologie	
Traumatologie		Geriatric	
Psychiatrie		Pediatric	
Jiné	100%	Uveďte konkrétně:	následná péče

Došlo u vás v posledním roce k organizačním / kompetenčním změnám ve vedení?

ne

V případě, že ANO upřesněte:

3. Spolupracovníci a zaměstnanci

Uveďte, prosím, počet pracovníků v následujícím rozdělení

Počet lékařů, kteří u vás pracují v oboru chirurgie, ortopedie, urologie, gynekologie, anesteziologie, radiologie	0
Počet jiných lékařů a magistrů farmacie	7
Počet odborných zdravotnických pracovníků (zdravotní sestry, apod.)	29
Celkem	36

4. Hrubý obrat

Vaše celkové roční příjmy, které jsou předmětem daně z příjmů v předchozím kalendářním roce	87 777tis
U zdravotnických zařízení, zřízených jako rozpočtové / příspěvkové organizace, výnosy z činnosti a poskytnuté dotace	0 Kč

5. Základní údaje k pojištění obecné odpovědnosti

Počet budov	2
Typ konstrukce	zděná
Byly tyto budovy postaveny pro účel lékařského zařízení? (ano / ne)	ne

V případě, že NE upřesněte: Klášter

Proběhla v současné době rekonstrukce? (ano / ne)	ne
---	----

V případě, že ANO upřesněte:

Máte havarijní plán (plán pro krizové situace)? (ano / ne)	ano
--	-----

Máte osobu zajišťující bezpečnost chodu lékařských zařízení? (ano / ne)	ano
---	-----

V případě, že ANO upřesněte její pozici a kvalifikaci: Manažer kvality

6. Stávající pojistné krytí - pojištění profesní odpovědnosti

Uveďte, prosím, podrobnosti o stávajícím (předchozím) pojistném krytí:

Pojistné období	Retroaktivní datum	Limit pojistného plnění	Spoluúčast	Pojistné	Pojistitel
2021		30 000 000 Kč	5 000 Kč		Allianz

Rozsah pojištění

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

V případě, že ANO uveďte, prosím, veškeré podrobnosti:

7. Informace v souvislosti s pojištěním profesní odpovědnosti

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

V případě, že ANO uveďte, prosím, veškeré podrobnosti:

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 škody vyplývající z výkonu Vaší činnosti vůči Vám, Vaší obchodní společnosti či osobě, která s Vámi vykonává činnost společně na základě smlouvy o sdružení?	ne
---	----

V případě, že ANO uveďte, prosím, veškeré podrobnosti:

8. Pojistná doba

Počátek pojištění od:		Konec pojištění:	
-----------------------	--	------------------	--

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, pravdivé a přesné a taktéž informace nám byly poskytnuty srozumitelně, jasně a přesně. Zavazujeme se, že budeme informovat pojistitele o podstatných změnách ohledně výše uvedených skutečností, ke kterým by došlo před uzavřením nebo po uzavření pojistné smlouvy. Tento dokument obsahuje informace důvěrného charakteru.

Datum: 26.06.2025 Vyplnil: Špédlová Razítko a podpis: Špédlová