**GIẤY YÊU CẦU**

**BẢO HIỂM TRÁCH NHIỆM NGHỀ NGHIỆP Y BÁC SĨ**

**(BỆNH VIỆN)**

|  |
| --- |
| BỆNH VIỆN: Địa chỉ:  |
| Mã số thuế: Số điện thoại: Fax: |
| Ngày bắt đầu hoạt động Dịch vụ y tế:  |
| Mức trách nhiệm (Số tiền bảo hiểm): |
| Thời hạn bảo hiểm:  |
| Địa điểm tham gia bảo hiểm (bao gồm chi nhánh và cơ sở phụ thuộc): |

1. Tổng số nhân sự tại Bệnh viện :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Số lượng |  | Số lượng |
| Ban Giám đốc |  | Y tá và Điều dưỡng |  |
| Bác Sỹ cơ hữu |  | Nhân viên Kỹ thuật |  |
| Bác Sỹ cộng tác (hợp đồng)  |  | Nhân viên hành chính |  |
| **Tổng Số** |  |  |  |

1. Đề nghị nêu rõ tên Đơn vị hoặc Hiệp hội chuyên nghiệp mà Quý Bệnh viện là thành viên
2. Quý Bệnh viện có thuê Dịch vụ, Người Tư vấn, Cơ sở Y tế phụ hoặc Đại lý không?

Không [ ] Có [ ] Xin cung cấp thông tin chi tiết bao gồm tên, địa chỉ của tổ chức

1. Bệnh viện có dự định thay đổi lớn, quan trọng về hoạt động trong 12 tháng tới hay không?

 Không [ ] Có [ ] *Nếu có, đề nghị kê khai chi tiết*

1. Quý Bệnh viện có Cộng tác viên hay nhân viên nào từng vi phạm kỷ luật hoặc không bảo đảm yêu cầu chuyên môn chưa? Không [ ] Có[ ]

 *Nếu Có, nêu rõ chi tiết*

1. Quý Bệnh viện có bị khiếu nại nào liên quan đến sự bất cẩn hoặc vi phạm chuyên môn trong 10 năm gần đây hoặc hiện nay hoặc có bất kỳ sự kiện nào có khả năng dẫn đến các khiếu nại như vậy không?

Không [ ] Có[ ] *Nếu có đề nghị nêu rõ Chi tiết*

1. Hạn mức bồi thường yêu cầu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Số lượng Y Bác sỹ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Chi tiết theo Danh sách đính kèm)

 Thời hạn bảo hiểm : từ \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ đến \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

**Cam kết**

*Tôi/Chúng tôi xin cam kết rằng những kê khai trong Giấy yêu cầu bảo hiểm này là đầy đủ và trung thực. Tôi/Chúng tôi đã được tư vấn và hiểu, thoả thuận rằng, Bảo Hiểm AAA chỉ chịu trách nhiệm phù hợp với những điều khoản, điều kiện của Quy tắc bảo hiểm TRÁCH NHIỆM NGHỀ NGHIỆP Y BÁC SĨ đã ban hành.*

…………………….., ngày ....... tháng........ năm ...........

 **Người yêu cầu**

(Ký tên đóng dấu)

**DANH SÁCH NGƯỜI THAM GIA BẢO HIỂM**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Ngày sinh** | **Giới tính** | **Số CMND** | **Số Giấy phép hành nghề** | **Số năm kinh nghiệm** | **Chuyên khoa** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 …………………….., ngày ....... tháng........ năm ...........

 **Người yêu cầu**

(Ký tên đóng dấu)