



Kindlustusavaldus

ÜLEMAAILMSELT TUNTUD RAVIVIGADE (MEDICAL MALPRACTICE) KINDLUSTUS LLOYD'S EUROOPA KINDLUSTUSTURULT

TERVISHOIUTEENUSTE OSUTAJA KOHUSTUSLIK VASTUTUSKINDLUSTUS

Käesolev avalduse vorm on seotud kindlustusandja Lloyd's Insurance Company S.A. poolt pakutava, rahvusvaheliselt tuntud ravivigade (Medical Malpractice, lühidalt MedMal) kindlustuslepinguga, mis tagab hüvitise, kindlustusvõtja (tervishoiuteenuste osutaja) vastu esitatud ja kindlustusandjale teatatud nõuete katteks, kooskõlas Eesti seadustes kehtestatud nõuetega.

KINDLUSTUSPAKKUMUSE SAAMISEKS VAJALIK TEAVE

- Vastake järgnevatel lehekülgedel olevatele küsimustele kasutades tekstivälju.
- Mida rohkematele küsimustele annate vastused, seda täpsemalt saab kindlustusandja teha hinnapakumise võttes arvesse Teie ettevõtte eripära.
- Palun allkirjastage kindlustusavaldus kas digitaalselt või manuaalselt
- Saatke avalduse vorm alltoodud e-posti aadressile ja olge kindlustuspakumusele ootel. Toimetame võimalikult kiiresti, võttes arvesse Teie kindlustusperioodi lõppkuupäeva.

LLOYD'S

100% underwritten by
certain Lloyds Syndicates

Lloyd's Insurance Company S.A. kindlustuslepingute vahendaja Eestis on
kindlustusmaakler Northern1 international insurance brokers OÜ.
MedMal.ee on Northern1'i ravivigade kindlustustoodete kaubamärk Eestis.

Saatke kindlustusavaldus aadressile:
avaldu@medmal.ee

Küsimuste korral helistage:
+372 58949234

www.medmal.ee

AVALDUSE VORM

Tervishoiuteenuse osutaja kohustuslik vastutuskindlustus

Käesolev avalduse vorm peab olema täidetud tervishoiuteenuse osutaja (edaspidi Kindlustusvõtja) direktori, juhatuse liikme või muu selleks volitatud isiku poolt.

Kõik küsimused peavad olema vastatud, et võimaldada parima hinnapakumise tegemist. Avalduse vorm peab olema allkirjastatud ja dateeritud.

A director, board member or other authorized person of the policyholder must complete this proposal form. All questions must be answered to enable a quotation to be given. This proposal form must be signed and dated.

OSA1: ÜLDINFO // SECTION1: GENERAL INFORMATION

1.1. Tervishoiuasutuse (Kindlustusvõtja) juriidiline nimi // Healthcare provider's (Policyholder) legal name

1.2. Kindlustusvõtja äriregistri kood // Policyholder's registry number

1.3. Kindlustusvõtja aadress // Policyholder's address

1.4. Kindlustusvõtja kodulehe aadress // Policyholder's website address

1.5. Täielik loetelu kindlustusvõtja tegevuslubadest, mille jaoks kindlustuskaitset taotletakse // Full list of the policyholder's licensed activities for which insurance cover is requested

1.6. Kas kindlustusvõtja kavatseb järgmise kaheteistkümne (12) kuu jooksul lõpetada mõne käesoleva teenuse/tegevuse osutamise? // Does the policyholder intend to cease any existing services/activities within the next twelve (12) months?

☐ Jah / Yes

☐ Ei / No

1.7. Kas kindlustusvõtja kavatseb järgmise kaheteistkümne (12) kuu jooksul alustada uute teenuste/tegevuste osutamist? // Does the policyholder intend to commence any new services/activities within the next twelve (12) months?

☐ Jah / Yes

☐ Ei / No

1.8. **Mitu aastat on kindlustusvõtja tegutsenud?** // How many years has the policyholder been operating?

1.9. **Kui kaua on kindlustusvõtja tegutsenud praeguste juhatuse liikmetega (nende volituste tähtaeg)?** // How long has the policyholder been operating under the current management?

1.10. **Kas kindlustusvõtja on kunagi tegelenud sarnaste teenuste või tegevustega teise ärinime all?** // Has policyholder ever engaged in similar services or activities under a different name?

☐ **Jah** / Yes

☐ **Ei** / No

Kui "Jah", eelmine(sed) täielik(ud) nimi(ed) // If "Yes", the full previous name(s) //

1.11. **Kindlustusvõtja aastane brutotulu eurodes** // Policyholder's gross annual income in euros

Viimane täielik majandusaasta // The last completed financial year

Käimasolev majandusaasta (hinnanguline) // The current financial year (estimate)

1.12. **Kas kindlustusvõtjal on täiendavaid asukohti kus teenuseid/tegevusi osutatakse?** // Does the policyholder have any additional locations?

☐ **Jah** / Yes

☐ **Ei** / No

1.13. **Kas kindlustusvõtja on viimase viie (5) aasta jooksul ühinenud mõne teise äriühinguga või jagunenud sellest?** // Has the policyholder merged with or demerged from any other entity in the past five (5) years?

☐ **Jah** / Yes

☐ **Ei** / No

1.14. **Kas kindlustusvõtja kavatseb müüa varasid, ühineda, omandada, konsolideerida või muuta tegevust, teenuseid või tegevusi järgmise kaheteistkümne (12) kuu jooksul?** // Does policyholder anticipate any sale of assets, mergers, acquisitions, consolidations or change in operations, services or activities within the next twelve (12) months?

☐ **Jah** / Yes

☐ **Ei** / No

1.15. **Kas kindlustusvõtja on sõlminud ühisettevõtteid või usaldusühinguid?** // Has the policyholder entered into any joint ventures or limited partnerships?

☐ **Jah** / Yes

☐ **Ei** / No

1.16. **Kas kindlustusvõtja osaleb mõnes õppeprogrammis või on seotud haridusasutustega?** // Does the policyholder participate in any teaching programme or have affiliations with educational institutions?

☐ **Jah** / Yes

☐ **Ei** / No

Kui olete vastanud "Jah" mõnele eespool esitatud küsimusele 1.12 kuni 1.14, esitage üksikasjad, sealhulgas aadress, telefoninumber, kontaktisik koos ametinimetusega ja e-posti aadress, mis tahes täiendavate asukohtade kohta // If you have answered "Yes" to any of questions 1.12 to 1.14 above, please provide details including the address, telephone number, contact person with title and email address of any additional locations

OSA 2: KINDLUSTUSRISKI DETAILID // SECTION 2: RISK DETAILS

2.1 **Milliseid teenuseid pakub kindlustusvõtja? Palun märkige iga osutatud teenuse protsentuaalne osakaal kogu käibest** // What services are provided by the Insured? Please indicate the percentage share of each provided service in the total turnover

Õnnetusjuhtumid/Erakorraline abi // Accident/emergency	%
Omandatud ajukahjustuse taastusravi // Acquired brain injury rehabilitation	%
Sõltuvusravi keskused // Addiction Treatment centres	%
Alternatiivne/täiendav ravi // Alternative/complementary therapy	%
Ambulatoorsed teenused // Ambulatory services	%
Sünnituseelne kliinik // Antenatal clinic	%
Iluteraapia kliinik // Beauty therapy clinic	%
Kliinilised uuringud // Clinical trials	%
Kosmeetiline parandus - invasiivne (Kui jah, täitke lisa 3) // Cosmetic Surgery - Invasive (If yes, please complete Addendum 3)	%
Kosmeetiline parandus - mittekirurgiline (Kui jah, täitke lisa 3) // Cosmetic - Non Surgical (If yes, please complete Addendum 3)	%
Nõustamine // Counselling	%
Hambaravi // Dentistry	%
Diagnostika- ja skanneerimisteenused // Diagnostic and scanning services	%
Koduõendus // Domiciliary care	%
Eakate hooldus // Elderly care	%
Silmakirurgia - laser/refraktiivne silmakirurgia // Eye Surgery - Laser/Refractive Eye	%
Silmakirurgia - muu // Eye Surgery – Other	%
Viljakusravi teenused // Fertility Services	%
Üldarstiabi ja esmatasandi tervishoiuteenused // GP/Primary Care Services	%
Tervise- ja spordikeskus // Health and Fitness Centre	%
Baroteraapia kliinik/teenused // Hyperbaric Clinic/Services	%
Õpiraskused // Learning Disabilities	%
Meditsiiniline tööhõiveamet // Medical Employment Agency	%
Meditsiiniline repatrieerimine // Medical Repatriation	%
Meditsiiniline koolitusasutus // Medical Training Institution	%

Toitumine / kaalulangetus / dieet // Nutrition/Slimming/Dietary	%
Sünnitus- ja rasedusabi // Obstetrics and Maternity	%
Töötervishoid // Occupational Health	%
Optometrist/optomeeria // Opticians/Optometry	%
Esmatasandi tervishoiuteenused väljaspool tööaega // Out of Hours Primary Care Services	%
Õendusabi // Palliative Care	%
Patoloogia/labori teenused // Pathology/Laboratory Services	%
Apteek // Pharmacy	%
Psühhiaatria // Psychiatric	%
Spordimeditsiin-ja vigastused // Sports Medicine/Injury	%
Kirurgia - väike operatsioon // Surgery – Minor	%
Kirurgia – keskmine operatsioon // Surgery – Intermediate	%
Kirurgia - suur operatsioon // Surgery – Major	%
Parameediku teenused // Paramedic Services	%
Muud teenused (palun täpsustage) // Other (please specify)	%

2.2 Palun märkige litsentseeritud voodikohtade koguarv ja keskmine päevane täituvus

// Please state the total number of licensed beds and average daily occupancy

Kategooria // Category	Voodikohtade arv // Number of licensed beds	Keskmine päevane täituvus // Average daily occupancy
Akuutne ravi // Acute Care		%
Akuutsed psühhiaatrilised voodid // Acute Psychiatric Beds		%
Omandatud ajukahjustuse rehabilitatsiooni voodid // Acquired Brain Injury Rehabilitation Beds		%
Sõltuvuse/rehabilitatsiooni ravivoodid // Addiction/Rehabilitation Treatment Beds		%
Lastevoodid, hällid, võrevoodid // Bassinets, Cribs and Cots		%
Eakate hooldusvoodid // Elderly Care Beds		%
Hospiits/palliatiivse hoolduse voodid // Hospice/Palliative Care Beds		%
Intensiivraviosakonna voodid // ICU/ITC Beds		%
Puuetega inimeste voodid // Learning Disability Beds		%
Hooldekodu voodid // Nursing Home Beds		%
Psühhiaatrilised rehabilitatsioonivoodid // Psychiatric Rehabilitation Beds		%
Muu (palun täpsustage) //Other (please specify)		%

2.3 Palun märkige, kui palju on kindlustusvõtjal sellel majandusaastal olnud operatsioone või visiite järgmistes kategooriates ja milline on kindlustusvõtja prognoos järgmiseks majandusaastaks //

Please state the number of surgeries or visits you have in the following categories for this financial year and your projection for next financial year

Kategooria // Category	Aastane koguarv // Total annual number	
	Käimasolev majandusaasta // This financial year	Järgmine majandusaasta // Next financial year
Statsionaarsed operatsioonid // Inpatient Surgeries		
Ambulatoorsed operatsioonid // Outpatient Surgeries		
Ambulatoorsed visiidid // Ambulatory visits		
Nende hulgas:		
- Eriarstiabi külastused // Specialist care visits		
- Sõltuvusravi külastused // Addiction visits		
- Taastusravi külastused // Rehabilitation visits		
- Füsioteraapia külastused // Physical Therapy visits		
- Psühhiaatrilised visiidid // Psychiatric visits		
Erakorralise meditsiini osakonna külastused // ER visits		
Koduvisiidid // Home Health visits		
Other (please specify): // Muu (palun täpsustage):		

OSA 3: PERSONAL // SECTION 3: STAFF

Palun märkige järgmistes ametites osalevate arstide koguarv // Please state the total number of medical practitioners involved in the following capacities

Kategooria // Category	Palgatud töötajate arv // No of employed
Kirurgid // Surgeons:	
- Plastikakirurg // Cosmetic	
- Ortopeediakirurg // Orthopaedic	
- Muu ala kirurg // Other	
Protseduure mittetegevad arstid // Non-procedural physicians:	
- Psühhiaatrid // Psychiatrists	
- Muud arstid // Other	
Anestesioloogid // Anaesthetists	
Hambaarstid // Dentists	
Günekoloogid // Gynaecologists	
Ämmaemandid // Obstetricians	
Meditsiiniõed // Nurse Practitioners	
Hooldusõed // Care Nurses	
Parameedikud // Paramedics	
Apteekrid // Pharmacists	
Residendid // Residential Medical Officers	
Laboritöötajad // Laboratory Technicians	
Täiendavad spetsialistid // Complementary professionals	
Abiteenistujad // Auxiliaries:	

- Kvalifitseeritud // Qualified	
- Mittekvalifitseeritud // Not Qualified	
Sotsiaaltöötajad // Social Workers	
Direktorid/partnerid/juhatajad // Directors/Partners/ Principals	
Administratiivtöötajad // Administrative	
Muud ametid (palun täpsustage) // Other (please specify):	

OSA 4: EELNEV KINDLUSTUSKAITSE // SECTION 4: PRIOR INSURANCE COVERAGE

4.1 **Kas mõni kindlustusandja on kunagi kindlustusvõtja kindlustuskaitse lepingust taganenud, ülesöelnud või lepingu tühistanud, sellest keeldunud, selle uuendamisest keeldunud, seda piiranud või täiendava kindlustusmakse määranud?** // Has any insurer ever cancelled, declined, refused to renew, restricted or surcharged the Insured's insurance coverage?

☐ **Jah** / Yes

☐ **Ei** / No

4.2 **Kas kindlustusvõtja on viimase kümne (10) aasta jooksul olnud kindlustamata?** // Has the policyholder been uninsured for any period of time in the past ten (10) years?

☐ **Jah** / Yes

☐ **Ei** / No

4.3 **Kas kindlustusvõtja vastu on esitatud nõudeid või kaebusi?** // Have there been any claims or complaints brought against the policyholder?

☐ **Jah** / Yes

☐ **Ei** / No

Kui Te vastasite "Jah" mõnele eespool esitatud küsimusele punktides 4.1 kuni 4.3, esitage palun üksikasjad // If you have answered "Yes" to any of questions 4.1 to 4.3 above, please provide details

4.4 **Palun esitage üksikasjad kindlustusvõtja lõppeva kindlustuspoliisi kohta** // Please provide details of the following in respect of the policyholder's expiring policy:

a) **Aegumise kuupäev** // Expiration date:

b) **Kindlustusandja nimi** // Insurer:

c) **Omavastutuse summa** // Sum of deductible:

d) **Kindlustusmakse** // Expiring premium:

4.5 **Kas kindlustusvõtja praegusele kindlustuslepingule on rakendatud tagasiulatuvat kindlustuskaitse kuupäeva?** // Does the policyholder's current policy includes a retroactive date?

☐ **Jah** / Yes

☐ **Ei** / No

Kui jah, siis täpsustage mis kuupäevani // If so, please specify till what date

4.6 **Palun täpsustage, millist omavastutust soovite uuel kindlustusperioodil kohaldada** // Please specify the amount of deductible you would like to apply next insurance period

OSA 5: LISAINFORMATSIOON // SECTION 5: ADDITIONAL INFORMATION

5.1 **Kas kindlustusvõtja pakub koolitus-või õppevõimalusi?** // Does policyholder provide any training/teaching facilities?

☐ **Jah** / Yes

☐ **Ei** / No

5.2 **Kas kindlustusvõtja tegutseb teenuse osutamise lepingu alusel?** // Does policyholder operate under a service of contract agreement?

☐ **Jah** / Yes

☐ **Ei** / No

OSA 6: KAHJUNÕUETE AJALUGU // SECTION 6: CLAIMS INFORMATION

6.1 **Kas viimase kümne (10) aasta jooksul on kindlustusvõtjale esitatud või lubatud esitada kahjunõudeid või kaebusi kindlustusvõtja vastu?** // Have any claims or complaints been made or threatened against the policyholder in the past ten (10) years?

☐ **Jah** / Yes

☐ **Ei** / No

6.2 **Kas kindlustusvõtja on teadlik mistahes tegudest, vigadest, tegevusetusest, vahejuhtumitest, sündmustest või asjaoludest, mis võivad anda alust nõude või kaebuse esitamiseks kindlustusvõtja vastu?** // Are you aware of any acts, errors, omissions, incidents, events or circumstances which may give rise to a claim or complaint being made against the policyholder?

☐ **Jah** / Yes

☐ **Ei** / No

6.3 **Kas kindlustusvõtja (või mõni tema juht, töötaja või nõustaja) on viimase kümne (10) aasta jooksul olnud uurimise, või muu menetluse, kohtuliku uurimise, või distsiplinaarmenetluse subjektiks?** // Has the policyholder (or any of its directors, employees or consultants) been subject to any investigations, examinations, inquiries or other proceedings, coroners' inquests, prosecutions or disciplinary proceedings in the past ten (10) years?

☐ **Jah** / Yes

☐ **Ei** / No

6.4 Kas kindlustusvõtja on teadlik mis tahes tegudest, vigadest, tegevusetusest, vahejuhtumitest, sündmustest või asjaoludest, mis võivad kaasa tuua uurimise, juurdluse või muu menetluse, distsiplinaarmenetluse algatamise või mistahes menetluse algatamise kindlustusvõtja (või selle juhtide, töötajate või nõustaja) vastu? // Is policyholder aware of any acts, errors, omissions, incidents, events or circumstances which may result in an investigation, examination, inquiry or other proceedings, coroners' inquest, prosecution or disciplinary proceedings being commenced into or brought against the policyholder (or any of its directors, employees or consultants)?

☐ **Jah** / Yes

☐ **Ei** / No

Kui olete vastanud "Jah" mõnele eespool esitatud küsimusele 6.1 kuni 6.4, palun esitage üksikasjad alljärgnevas tabelis // If you have answered "Yes" to any of questions 6.1 to 6.4 above, please provide details in the table below

Juhtumi kuupäev // Date of incident	Kahjunõude esitamise kuupäev // Date of claim	Nõude/kaebuse/teo/vea/ülesande/ juhtumi/ sündmuse/olukorra kirjeldus // Description of claim/complaint/act/error/omission/ incident/event/circumstance	Tulemus// Outcome	Makstud summa // Amount paid	Reserveeritud summa // Amount reserved	Kokku // Total

OSA 7: DEKLARATSIOON // SECTION 7: DECLARATION

Deklaratsioon // Declaration

Kinnitan, et olen volitatud täitma käesolevat taotlusvormi punktis 1.1 osutatud kindlustusvõtja nimel // This is to confirm I am authorised to complete this proposal form on behalf of the policyholder referred to in Section 1.1.

Olen teadlik kohustusest mitte esitada vääralt asjaolusid ja avalikustada kõik asjakohased asjaolud, mis võivad mõjutada kindlustusandja otsust sõlmida leping või sõlmida leping vastavatel tingimustel // I understand that if the duty of fair presentation is not complied with, I may not be able to rely upon some or all of the terms of any policy issued in reliance on this Proposal Form or other statements made by or on behalf of me/us.

Allkirjastatud // Signed

Ees-ja perekonnanimi // First and last name

Ametikoht // Position

Kuupäev // Dated