

Aanvraagformulier Vvaa aansprakelijkheidsverzekering voor instellingen en organisaties in de gezondheidszorg

GEGEVENS AANVRAGER (VERZEKERINGNEMER)

Naam instelling _____

Naam en voorletters contactpersoon _____ m v

Functie _____ Mobiel contactpersoon _____

Vestigingsadres _____

Postcode _____ Plaats van vestiging _____

Telefoon zakelijk _____ E-mail _____

IBAN-rekeningnummer _____

Postadres (indien afwijkend) _____

Postcode _____ Plaats _____

Rechtsvorm Coöperatie vennootschap
 B.V. of N.V. (*statuten s.v.p. meesturen*) anders, nl: _____

Accountnummer Vvaa _____

BELANGRIJKE DOCUMENTEN

Graag onderstaande documenten met het aanvraagformulier meesturen. Wij vragen u aan te kruisen welke stukken u meestuurt.

- Statuten Informed consent Brochure/informatiefolder
 Financieel jaarverslag Klachtenregeling

GEGEVENS OVER DE INSTELLING

Zijn er andere locaties naast het bovengenoemde vestigingsadres? nee ja

Zo ja, vermeld hierna de adressen.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Is de instelling officieel erkend door het Ministerie als ZBC en/of voor wat betreft de verzekerde zorg toegelaten onder de WTZi? nee ja

Heeft er ooit een inspectie plaatsgevonden door Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)? nee ja
Zo ja, wanneer _____

Heeft de instelling een ZKN keurmerk? nee ja

Wat is de (te verwachten) (exploitatie)omzet op jaarbasis van de instelling? € _____

LIJST VAN BELANGHEBBENDEN

Gegevens statutaire directeur(en)/bestuurder(s), maatschapsleden, vennoten, eigenaar(s)/aandeelhouder(s) met een belang van 33,3% of meer, en - als deze zelf een rechtspersoon is (zijn) - hun statutaire directeur(en)/bestuurder(s) (en aandeelhouder(s) met een belang van 33,3% of meer):

Naam en voorletters	privé-adres	geb. datum	nationaliteit	functie
1.				
2.				
3.				
4.				

ARTSEN, SPECIALISTEN EN PARAMEDICI WERKZAAM T.B.V. DE INSTELLING

(evt. op een aparte bijlage vermelden):

	Persoon 1	Persoon 2
Naam		
Geboortedatum		
Functie/specialisme		
BIG-(her)registratienummer		
Aantal uur per week		
Loondienst/zelfstandig		
Tevens werkzaam in ziekenhuis		

	Persoon 3	Persoon 4
Naam		
Geboortedatum		
Functie/specialisme		
BIG-(her)registratienummer		
Aantal uur per week		
Loondienst/zelfstandig		
Tevens werkzaam in ziekenhuis		

WERKZAAMHEDEN

Deze vraag zo goed en volledig mogelijk beantwoorden vanwege de bepaling van het risico. (evt. op een aparte bijlage vermelden)

Uitgebreide omschrijving van de uitgevoerde medische handelingen:

Type anesthesie (lokaal/regionaal/algeheel) en door wie toegediend?

Worden er opleidingen in de instelling verzorgd?

nee ja

Zo ja, welke

Exploiteert de instelling zelf een apotheek?

nee ja

Zo ja, wat bedraagt de omzet van de leveranties buiten de instelling? €

Vindt er geneesmiddelenonderzoek plaats in de instelling?

nee ja

GOED WERKGEVERSCHAP

Wilt u de dekking 'goed werkgeverschap' meeverzekeren?

nee ja

Zo ja, voor hoeveel werknemers?

Goed werkgeverschap is een dekking voor personenschade na een werk gerelateerd ongeval, ook al is de werkgever niet aansprakelijk. Hiervoor kunt u al uw personeel, ook niet- (para)medisch en gedetacheerd personeel, meeverzekeren.

ZUIVERE VERMOGENSSCHADE AAN OPDRACHTGEVERS

Wilt u de dekking 'Zuivere vermogensschade aan opdrachtgevers' meeverzekeren?

nee ja

Zo ja, voor hoeveel werknemers?

Deze dekking beschermt (para)medici die keuringen uitvoeren tegen de financiële gevolgen van fouten waarvoor zij aansprakelijk zijn tijdens de uitoefening van hun beroep tegenover opdrachtgevers. (Voor deze dekking ontvangt u een aparte polis).

INLOOPRISICO

Wilt u het inlooprisico meeverzekeren?

nee ja

Met de inloopdekking is schade veroorzaakt tot 5 jaar voor de ingangsdatum die niet op het uitlooprisico van een andere aansprakelijkheidsverzekering gedekt. Vereist is dat u hiervoor aansluitend elders verzekerd bent geweest. Bestaande en/of bij u bekende of in redelijkheid te verwachten schades, zijn van de dekking uitgesloten.

PROCEDURES

1. Zijn al uw behandelprotocollen bijgewerkt volgens de laatste stand van zaken van uw beroepsgroep, en hanteert u deze? nee ja

Onder behandelprotocollen verstaan wij alle behandelprocedures vanaf het eerste patiëntencontact tot en met de nazorg.

Zo nee, kunt u een toelichting geven?

2. Formele klachtenprocedure

Bent u met uw klachtenregeling aangesloten bij een onafhankelijk klachteninstituut? nee ja

Zo ja, wat is de naam van deze organisatie?

3. Maakt u bij medisch niet-noodzakelijke ingrepen en niet-reguliere behandelingen gebruik van een informed consent (voorlichting en toestemmingsverklaring)? nee ja

Zo ja, graag kopie informed consent meesturen.

Zo nee, kunt u een toelichting geven?

TECHNISCHE ASPECTEN

Wordt er in de instelling gebruik gemaakt van röntgenapparaten, radium-, kobalt- of andere bestralingsapparatuur? nee ja

Graag een nadere omschrijving van de bestralingsapparatuur die gebruikt wordt.

SCHADE, KLACHTEN & OMSTANDIGHEDEN

1. Hebt u of een andere belanghebbende bij deze verzekering in de laatste acht jaar schade geleden door gebeurtenissen zoals die door deze verzekering worden gedekt? nee ja

Zo ja, kunt u een toelichting geven?

2. Bent u of een andere belanghebbende bij deze verzekering in de afgelopen vijf jaar aansprakelijk gesteld voor schade aan zaken of personen? nee ja

Zo ja, kunt u een toelichting geven? (wanneer, toedracht en afloop)

3. Zijn er klachten ingediend bij een Regionaal Tucht College en/of een andere klachtencommissie tegen de instelling of tegen de aan de instelling verbonden artsen? nee ja

Zo ja, kunt u een toelichting geven?

4. Zijn er omstandigheden bekend, waarvan in redelijkheid kan worden aangenomen dat deze zullen leiden tot een aanspraak tegen de verzekerden? nee ja

Zo ja, kunt u een toelichting geven?

5. Heeft de instelling al eerder een aansprakelijkheidsverzekering afgesloten? nee ja

Zo ja, wat is de contractvervaldatum van deze verzekering?

ALGEMENE SLOTVRAGEN

1. Werd u of een andere belanghebbende bij deze verzekering ooit een verzekering geweigerd, opgezegd of werden er bijzondere voorwaarden gesteld? nee ja*1
2. Hebt u of een andere belanghebbende bij deze verzekering feiten te melden die voor het beoordelen van deze verzekeringsaanvraag van belang zouden kunnen zijn? nee ja*1
3. Bent u of een andere belanghebbende bij deze verzekering, in de laatste acht jaar in aanraking geweest met politie of justitie? (bijvoorbeeld in verband met bedrog, oplichting of een misdrijf) nee ja*1

**1 Bij bevestigende beantwoording van een van de hierboven gestelde vragen dient u een toelichting hieronder te vermelden.*

U kunt deze informatie desgewenst vertrouwelijk aan de directie van VvAA Schadeverzekeringen N.V. toesturen.

Toelichting bijzonderheden:

Belangrijk: lees voor de ondertekening van dit aanvraagformulier de bijlage “Belangrijke informatie bij het aanvragen van een verzekering”.

U hebt als aanvrager van een verzekering een wettelijk bepaalde mededelingsplicht. De strekking van deze mededelingsplicht staat op het formulier “Belangrijke informatie bij het aanvragen van een verzekering” beschreven. Wij adviseren u deze tekst te lezen voordat u de aanvraag ondertekent en naar ons opstuurt. Mocht u het formulier niet hebben ontvangen, dan kunt u de tekst ook lezen op www.vvaa.nl/mededelingsplicht.

ONDERTEKENING

Ondergetekende(n) verklaart/verklaren, het formulier “Belangrijke informatie bij het aanvragen van een verzekering” dat bij de aanvraag voor deze verzekering hoort, ontvangen en gelezen te hebben. Ook verklaart ondergetekende ervan op de hoogte te zijn dat op de aangevraagde verzekering de Algemene voorwaarden Schadeverzekeringen en de Bijzondere verzekeringsvoorwaarden, van toepassing zijn. Deze liggen ter inzage op het kantoor van Vvaa en worden op verzoek vóór het sluiten van de verzekering, maar in elk geval bij het afgeven van de polis, toegezonden.

Dit formulier is naar waarheid ingevuld en ondertekend door:

Naam		Functie
Datum	Plaats	Handtekening

die bevoegd is de kandidaat-verzekeringnemer in deze te vertegenwoordigen.