**РАЗДЕЛ 3. АНКЕТА-ЗАЯВЛЕНИЕ**

**на добровольное страхование**

**ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ**

**медицинских работников**

**АО «Страховая компания «Sinoasia B&R» (Синоазия БиЭндАр)» благодарит Вас за обращение в нашу компанию и просит заполнить настоящее Заявление. Предоставленная Вами информация ляжет в основу договора страхования.**

**Данный раздел заполняется В целях исполнения Закона Республики Казахстан «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» и подзаконных нормативных правовых актов Уполномоченных государственных органов Республики Казахстан. В этой связи, просим Вас ответить на все вопросы настоящего Заявления. Если вопрос не относится к Вашей организации, поставьте - «не применимо» с кратким пояснением.**

**заполняется впервые  обновление анкетных данных  изменение анкетных данных**

**Страхователь:**

|  |  |
| --- | --- |
| Полное и при наличии сокращенное наименование,  включая организационно-правовую форму: |  |
| БИН: |  |
| Признак резидентства: |  |
| Вид (виды) осуществляемой деятельности и код общего классификатора видов экономической деятельности (ОКЭД) (при наличии): |  |
| №, дата и кем выдано свидетельство/справка о государственной регистрации (для юридического лица),  №, дата и кем выдан паспорт/удостоверение личности  (для физического лица): |  |
| Адрес места нахождения в соответствии с документом, подтверждающим регистрацию (страна, почтовый индекс, населенный пункт, улица/район, номер здания): |  |
| Адрес фактического места нахождения исполнительного органа  (страна, почтовый индекс, населенный пункт, улица/район, номер здания): |  |
| Банковские реквизиты (для юридического лица): |  |
| Номер контактного телефона: |  |
| Адрес электронной почты (при его наличии): |  |
| Сведения о наличии или отсутствии у клиента счетов в банках, зарегистрированных в оффшорной зоне: |  |
| Номер, дата выдачи, срок действия лицензии  (если осуществляемый вид деятельности является лицензируемым): |  |
| Наименование органа, выдавшего лицензию: |  |
| Является ли иностранным Публичным лицом[[1]](#footnote-1)?  (для физического лица) |  |
| Является ли родственником иностранного Публичного лица?  (для физического лица) |  |
| Имеет ли Страхователь бенефициарного собственника[[2]](#footnote-2)?  (для юридического лица)  *(Если Да, то необходимо заполнить таблицу ниже)* |  |

**ДАННЫЕ ПО БЕНЕФИЦИАРНОМУ СОБСТВЕННИКУ/ПЕРВОМУ РУКОВОДИТЕЛЮ:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ф.И.О.:** | **Признак бенефициара:**  **-доля (%)**  **-иной признак контроля**  **-действия в интересах бенефициарного собственника** | **Гражданство** | **Налоговое резидентство *(все страны, если несколько)*** | **ИИН** | **Документ, удостоверяющий личность, №, серия, наименования органа выдавшего, дата выдачи и срок действия** | **№ телефона** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**СВДЕНИЯ О ПРЕДСТАВИТЕЛЕ СТРАХОВАТЕЛЯ-ЮРИДИЧЕСКОГО ЛИЦА:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ф.И.О.:** | **ИИН** | **Место жительства** | **№, дата доверенности/иного документа, подтверждающего полномочия представителя** |
|  |  |  |  |

**ПЕРЕЧИСЛИТЕ ФИЛИАЛЫ, ЗАВИСИМЫЕ, СОВМЕСТНЫЕ И ДОЧЕРНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ, НА КОТОРЫХ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ СТРАХОВАНИЕ:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Наименование филиала (город) или организации** | **Год начала медицинской деятельности** | **Аффилированность[[3]](#footnote-3) по отношению к заявителю** | **Количество медицинского персонала (для страхования)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ДАННЫЙ РАЗДЕЛ ЗАПОЛНЯЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УСЛОВИЙ СТРАХОВАНИЯ**

|  |  |
| --- | --- |
|  | ДА/НЕТ |
| Нет исков |  |
| Только жалобы с урегулированием |  |
| Жалобы и досудебные претензии с урегулированием |  |
| Судебный иск с урегулированием (не более 2 за 3 года) |  |
| Более 2 судебных исков с урегулированием за последние 3 года |  |

**УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ:**

|  |  |
| --- | --- |
| Лимиты ответственности страховщика | в МРП на текущий финансовый год |
| МРП | 1 |
| Общая страховая сумма на медицинскую организацию на каждый страховой случай и в целом за год | 10 000 |
| Страховая сумма на одного медработника на каждый страховой случай | 2 000 |
| Суб-лимит страховой суммы на защиту на каждый страховой случай (независимая экспертиза, юридические услуги, адвокат и др.) | 1 000 |
| Суб-лимит страховой суммы на немедленное урегулирование на каждый страховой случай | 5 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Класс деятельности | Вид деятельности | Вид помощи | Число страхуемого персонала |
| 1 | хирургия | Нейрохирургия |  |
| 2 | хирургия, стационарное лечение/наблюдение | Акушерство и гинекология |  |
| 3 | хирургия | Ортопедическая хирургия |  |
| 3 | хирургия | Общая хирургия |  |
| 3 | хирургия | Кардиохирургия, сосудистая хирургия |  |
| 4 | хирургия | Хирургия толстой и прямой кишки и / или проктология |  |
| 5 | инструментальные обследования | Компьютерная томография, лучевая диагностика, лучевая диагностика и лучевая терапия |  |
| 5 | стационарное лечение/наблюдение | Неврология и/или психиатрия, включая наблюдение |  |
| 5 | инструментальные обследования | Руководство или выполнение миелографии. МРТ и/или ангиографии |  |
| 5 | хирургия, стационарное лечение/наблюдение | Отоларингология, исключая косметические пластические операции, включая тонзиллэктомию и аденоидэктомию |  |
| 5 | хирургия | Офтальмология - хирургические операции |  |
| 6 | первая медицинская помощь | Экстренная медицина (скорая помощь) |  |
| 7 | АПП | Акушерство и гинекология - семейная медицина |  |
| 7 | АПП | Внутренняя медицина (кардиология, гастроэнтерология, ревматология, легочные заболевания, малая хирургия, онкология) |  |
| 7 | АПП | Урология, включая малые хирургические операции |  |
| 7 | АПП | Отоларингология, исключая косметические пластические операции, тонзиллэктомию и аденоидэктомию |  |
| 7 | АПП | Профессиональная патология |  |
| 8 | АПП | Неврология |  |
| 8 | хирургия | Анестезиология |  |
| 8 | хирургия | Ассистирование при проведении хирургических операций |  |
| 8 | АПП | Дерматология, включая дермабразию, трансплантацию волос, микро-Липо инъекции, липосакцию, пилинги лица с использованием фенола, микрохирургию Мооса |  |
| 8 | терапия | Процедуры радио- и химио- терапии, диализа |  |
| 8 | АПП | Офтальмология |  |
| 8 | терапия | Инъекции, другие малые инвазивные процедуры, выполняемые средним медицинским персоналом |  |
| 9 | АПП | Общая практика/семейная терапия |  |
| 9 | АПП | Педиатрия |  |
| 9 | АПП | Патология и гематология |  |
| 10 | АПП | Аллергология |  |
| 10 | терапия | Физиотерапия, реабилитация, ЛФК |  |
| 10 | терапия | Психотерапия |  |
| ИТОГО | | |  |

* **Пожалуйста, распределите персонал, для которого приобретается страхование, по видам медицинской деятельности**
* **Общее число персонала в таблице должно соответствовать общему числу заявленного на страхование персонала**
* **Персонал относится к классу, описание которого наиболее полно соответствует выполняемой деятельности**

**Применяется для врачебного персонала и среднего медицинского персонала**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СПИСОК ПЕРСОНАЛА (МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ) | | | | | | | | |
| N п/п | Ф.И.О. | Дата рождения | ИИН | Врач/средний медперсонал | Специализация (наименование сертификата) | Срок действия сертификата | Режим занятости (полная ставка, полставки и т.д.) | Класс медицинской деятельности |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Я согласен (-на) с Общими условиями страхования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*ФИО Представителя, подпись*

1. ***иностранное публичное должностное лицо*** *– лицо, назначаемое или избираемое, занимающее какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном, судебном органах или вооруженных силах иностранного государства; любое лицо, выполняющее какую-либо публичную функцию для иностранного государства; лицо, занимающее руководящую должность в организациях, созданных странами на основе соглашений, которые имеют статус международных договоров;* [↑](#footnote-ref-1)
2. ***бенефициарный собственник*** *- физическое лицо, которому прямо или косвенно принадлежат более* ***двадцати пяти процентов*** *долей участия в уставном капитале либо размещенных (за вычетом привилегированных и выкупленных обществом) акций клиента - юридического лица, а равно физическое лицо, осуществляющее контроль над клиентом иным образом, либо в интересах которого клиентом совершаются операции с деньгами и (или) иным имуществом.* [↑](#footnote-ref-2)
3. ***Аффилированность*** *– способность оказывать влияние на деятельность юридических и/или физических лиц, осуществляющих предпринимательскую деятельность.* [↑](#footnote-ref-3)