

## INFORMACJE OGÓLNE O PODMIOTIE LECZNICZYM

### Podmiot leczniczy

Nazwa: Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony  
Regon: 000290274 Numer księgi rejestrowej: 000000017656

### Przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego

Nazwa: \_\_\_\_\_ Regon: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_

Numer wersji zbioru 2

zasad oceny ryzyka:

Numer wniosku: 0002902740202155

Data wysłania wniosku: 2015-07-20

### 1 Proszę podać DANE OGÓLNE PODMIOTU LECZNICZEGO:

a) Nazwa podmiotu leczniczego/ Imię i nazwisko

Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony

b) Regon

0 0 0 2 9 0 2 7 4

c) NIP

8512537954

### 2 Proszę podać ADRES SIEDZIBY PODMIOTU LECZNICZEGO:

a) Kod pocztowy

71-455

b) Poczta

Szczecin

c) Miejscowość

Szczecin

d) ulica

Arkońska

e) nr domu

4

f) nr lokalu

brak

g) nr telefonu

918139021

h) adres e-mail

spwsz@spwsz.szczecin.pl

### 3 Czy adres PODMIOTU LECZNICZEGO DO KORESPONDENCJI jest inny niż adres siedziby?

- ☐ a) tak  
☒ b) nie

### 4 Proszę podać ADRES PODMIOTU LECZNICZEGO DO KORESPONDENCJI:

a) Kod pocztowy

b) Poczta

c) Miejscowość

d) ulica

e) nr domu

f) nr lokalu

g) nr telefonu

h) adres e-mail

**5 W odniesieniu do PODMIOTU LECZNICZEGO proszę podać:**

a) nr księgi rejestrowej	
b) datę wpisu do księgi rejestrowej	1993-06-23
c) Kod podmiotu tworzącego	3 1
d) Wysokość obrotu z działalności leczniczej - proszę podać dane łączne ze wszystkich przedsiębiorstw i z tytułu wszystkich wykonywanych przez PODMIOT LECZNICZY rodzajów działalności leczniczej za ostatni rok kalendarzowy	195668644,58
e) Wysokość obrotu z działalności leczniczej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne - proszę podać dane łączne ze wszystkich przedsiębiorstw za ostatni rok kalendarzowy	138546860,14
f) Wysokość obrotu z działalności leczniczej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne - proszę podać dane łączne ze wszystkich przedsiębiorstw za ostatni rok kalendarzowy	0
g) Wysokość obrotu z działalności leczniczej w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne - proszę podać dane łączne ze wszystkich przedsiębiorstw za ostatni rok kalendarzowy	26388217,46
h) Łączną liczbę pacjentów - proszę podać dane łączne ze wszystkich przedsiębiorstw i z tytułu wszystkich wykonywanych przez PODMIOT LECZNICZY rodzajów działalności leczniczej za ostatni rok kalendarzowy	376428
i) Liczbę pacjentów w lecznictwie całodobym i stacjonarnym szpitalnym - proszę podać dane łączne ze wszystkich przedsiębiorstw za ostatni rok kalendarzowy	31810
j) Liczbę pacjentów w lecznictwie całodobym i stacjonarnym innym niż szpitalne - proszę podać dane łączne ze wszystkich przedsiębiorstw za ostatni rok kalendarzowy	0
k) Liczbę pacjentów w lecznictwie ambulatoryjnym - proszę podać dane łączne ze wszystkich przedsiębiorstw za ostatni rok kalendarzowy	344618
l) Liczbę łóżek szpitalnych - proszę podać dane łączne ze wszystkich przedsiębiorstw.	704
m) Liczbę miejsc dla noworodków - proszę podać dane łączne ze wszystkich przedsiębiorstw.	2
n) Liczbę stanowisk dializacyjnych - proszę podać dane łączne ze wszystkich przedsiębiorstw.	20
o) Liczbę miejsc dziennych - proszę podać dane łączne ze wszystkich przedsiębiorstw.	11

**6 Proszę wybrać RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ wykonywanej przez PODMIOT LECZNICZY:**

- ☒ a) działalność lecznicza w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne (kategoria H1)
- ☐ b) działalność lecznicza w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne (kategoria H2)
- ☒ c) działalność lecznicza w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne ? lecznictwo ambulatoryjne (kategoria A)
- ☐ d) Podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne ? opieka doraźna (kategoria E)

**7 Proszę wybrać wszystkie RODZAJE PRZEDSIĘBIORSTW, w których PODMIOT LECZNICZY wykonuje działalność leczniczą:**

- ☒ a) szpital wielospecjalistyczny
- ☐ b) szpital psychiatryczny i odwykowy
- ☐ c) szpital jednospecjalistyczny (inny niż psychiatryczny i odwykowy)
- ☐ d) sanatorium
- ☐ e) zakład rehabilitacji leczniczej (stacjonarny)
- ☐ f) zakład udzielający świadczeń jednodniowych
- ☐ g) szpital uzdrowiskowy
- ☐ h) zakład opiekuńczo - leczniczy
- ☐ i) zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy
- ☐ j) zakład rehabilitacji leczniczej

- ☐ k) hospicjum
- ☐ l) leczenie uzależnień
- ☐ m) psychiatryczna opieka zdrowotna
- ☐ n) sanatorium wykonujące działalność leczniczą w formie całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne
- ☐ o) sanatorium w formie ambulatorium
- ☐ p) przychodnia
- ☐ q) poradnia
- ☐ r) ośrodek zdrowia
- ☐ s) lecznica
- ☐ t) ambulatorium z izbą chorych
- ☒ u) ambulatorium ? opieka doraźna
- ☐ v) zakład badań diagnostycznych
- ☐ w) medyczne laboratorium diagnostyczne
- ☐ x) stacja dializ
- ☐ y) stacja krwiodawstwa i krwiolecznictwa
- ☐ z) pogotowie

**8 W przypadku wyboru w pytaniu poprzedzającym wielu rodzajów przedsiębiorstw, proszę wybrać tylko jeden - wiodący - rodzaj przedsiębiorstwa.**

- ☒ a) szpital wielospecjalistyczny
- ☐ b) szpital psychiatryczny i odwykowy
- ☐ c) szpital jednospecjalistyczny (inny niż psychiatryczny i odwykowy)
- ☐ d) sanatorium
- ☐ e) zakład rehabilitacji leczniczej (stacjonarny)
- ☐ f) zakład udzielający świadczeń jednodniowych
- ☐ g) szpital uzdrowiskowy
- ☐ h) zakład opiekuńczo - leczniczy
- ☐ i) zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy
- ☐ j) zakład rehabilitacji leczniczej
- ☐ k) hospicjum
- ☐ l) leczenie uzależnień
- ☐ m) psychiatryczna opieka zdrowotna
- ☐ n) sanatorium wykonujące działalność leczniczą w formie całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne
- ☐ o) sanatorium w formie ambulatorium
- ☐ p) przychodnia
- ☐ q) poradnia
- ☐ r) ośrodek zdrowia
- ☐ s) lecznica
- ☐ t) ambulatorium z izbą chorych
- ☐ u) ambulatorium ? opieka doraźna
- ☐ v) zakład badań diagnostycznych
- ☐ w) medyczne laboratorium diagnostyczne
- ☐ x) stacja dializ
- ☐ y) stacja krwiodawstwa i krwiolecznictwa
- ☐ z) pogotowie

**9 Czy w ciągu ostatnich 36 miesięcy złożone zostały do PODMIOTU LECZNICZEGO lub przez PODMIOT LECZNICZY do UBEZPIECZYCIELA ROSZCZENIA albo zostało WYPŁACONE ODSZKODOWANIE z tytułu szkód powstałych w związku z prowadzeniem przez PODMIOT LECZNICZY działalności leczniczej?**

- ☒ a) tak
- ☐ b) nie

**10 Proszę podać:**

- a) liczbę wypłaconych odszkodowań
- b) wartość wypłaconych odszkodowań (w PLN)
- c) liczbę zgłoszonych roszczeń
- d) wartość zgłoszonych roszczeń (w PLN)

5
159239
32
5762500

**11 Czy PODMIOT LECZNICZY wnioskuje o zawarcie umowy OBOWIĄZKOWEGO UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PODMIOTU LECZNICZEGO, której obowiązek zawarcia wynika z art. 17 ust. 1 pkt 4a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. (Dz. U. z 2011 r. Nr 112 poz. 654 z późn. zm.)?**

- ☐ a) tak  
☒ b) nie

12 Proszę wybrać wysokość wnioskowanej SUMY GWARANCYJNEJ w umowie OBOWIĄZKOWEGO UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PODMIOTU LECZNICZEGO:

- ☐ a) 350.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń i 75.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia objętych umową ubezpieczenia  
☐ b) 500.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń i 100.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia objętych umową ubezpieczenia

13 W odniesieniu do OBOWIĄZKOWEGO UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PODMIOTU LECZNICZEGO proszę wskazać okres ubezpieczenia:

- a) data od  
b) data do


14 Czy zawierana umowa ubezpieczenia jest KONTYNUACJĄ umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawartej w zakresie OBOWIĄZKOWEGO UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PODMIOTU LECZNICZEGO?

- ☐ a) tak  
☐ b) nie

15 Czy PODMIOT LECZNICZY wnioskuje o zawarcie umowy DOBROWOLNEGO UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PODMIOTU LECZNICZEGO ?

- ☐ a) tak  
☒ b) nie

16 W odniesieniu do DOBROWOLNEGO UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PODMIOTU LECZNICZEGO proszę podać wysokość wnioskowanej SUMY GWARANCYJNEJ (w PLN):

- a) na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia  
b) na jedno zdarzenie w okresie ubezpieczenia


17 W odniesieniu do DOBROWOLNEGO UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PODMIOTU LECZNICZEGO proszę wskazać okres ubezpieczenia:

- a) data od  
b) data do


18 W odniesieniu do DOBROWOLNEGO UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PODMIOTU LECZNICZEGO proszę wskazać wnioskowany zakres podstawowy ubezpieczenia:

- ☐ a) ubezpieczenie w zakresie stanowiącym ubezpieczenie nadwyżkowe ponad obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą i w zakresie nie objętym obowiązkowym ubezpieczeniem OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą  
☐ b) ubezpieczenie wyłącznie w zakresie stanowiącym ubezpieczenie nadwyżkowe ponad obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą  
☐ c) ubezpieczenie wyłącznie w zakresie nie objętym obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą

19 Czy PODMIOT LECZNICZY wnioskuje o rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej o szkody będące wynikiem stosowania w celach estetycznych (plastycznych) chirurgii plastycznej i wszelkiego rodzaju zabiegów medycyny estetycznej (Klauzula nr 5M)?

- ☐ a) tak  
☐ b) nie

20 Proszę podać (w PLN) wysokość podlimitu:

- a) wysokość podlimitu na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia

--

21 Czy PODMIOT LECZNICZY wnioskuje o rozszerzenie zakresu odpowiedzialności o szkody wyrządzone przez podwykonawców bez prawa do regresu (Klauzula nr 13M)?

- ☐ a) tak  
☐ b) nie

22 Proszę podać (w PLN) wysokość podlimitu dla:

- a) wysokość podlimitu na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia

--

23 Czy zawierana umowa ubezpieczenia jest KONTYNUACJĄ umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawartej w zakresie DOBROWOLNEGO UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PODMIOTU LECZNICZEGO?

- ☐ a) tak  
☐ b) nie

24 Czy PODMIOT LECZNICZY wnioskuje o zawarcie umowy OBOWIĄZKOWEGO UBEZPIECZENIA NA RZECZ PACJENTÓW Z TYTUŁU ZDARZEŃ MEDYCZNYCH, której obowiązek zawarcia wynika z art. 17 ust. 1 pkt 4b ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. (Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.)?

- ☐ a) tak  
☒ b) nie

25 W odniesieniu do OBOWIĄZKOWEGO UBEZPIECZENIA NA RZECZ PACJENTÓW Z TYTUŁU ZDARZEŃ MEDYCZNYCH, proszę podać wysokość wnioskowanej sumy ubezpieczenia (w PLN):

a) na wszystkie zdarzenia medyczne w okresie ubezpieczenia

26 Proszę wskazać wnioskowany okres ubezpieczenia w umowie **OBOWIĄZKOWEGO UBEZPIECZENIA NA RZECZ PACJENTÓW Z TYTUŁU ZDARZEŃ MEDYCZNYCH**:

a) data od

b) data do

27 Czy zawierana umowa ubezpieczenia jest **KONTYNUACJĄ** umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych w zakresie **OBOWIĄZKOWEGO UBEZPIECZENIA NA RZECZ PACJENTÓW Z TYTUŁU ZDARZEŃ MEDYCZNYCH**?

☐ a) tak

☐ b) nie

28 Czy **PODMIOT LECZNICZY** wnioskuje o zawarcie umowy **DOBROWOLNEGO UBEZPIECZENIA NA RZECZ PACJENTÓW Z TYTUŁU ZDARZEŃ MEDYCZNYCH**?

☐ a) tak

☒ b) nie

29 W odniesieniu do **DOBROWOLNEGO UBEZPIECZENIA NA RZECZ PACJENTÓW Z TYTUŁU ZDARZEŃ MEDYCZNYCH**, proszę podać wysokość wnioskowanej sumy ubezpieczenia (w PLN):

a) na wszystkie zdarzenia medyczne w okresie ubezpieczenia

30 Proszę wskazać wnioskowany okres ubezpieczenia w umowie **DOBROWOLNEGO UBEZPIECZENIA NA RZECZ PACJENTÓW Z TYTUŁU ZDARZEŃ MEDYCZNYCH**:

a) data od

b) data do

31 Czy zawierana umowa ubezpieczenia jest **KONTYNUACJĄ** umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych w zakresie **DOBROWOLNEGO UBEZPIECZENIA NA RZECZ PACJENTÓW Z TYTUŁU ZDARZEŃ MEDYCZNYCH**?

☐ a) tak

☐ b) nie

32 Oświadczam, że podane powyżej dane oraz dane zawarte w ankietach oceny ryzyka są prawdziwe oraz, że nie zostały zniekształcone ani pominięte jakiegokolwiek istotne fakty.

☒ a) tak

33 Informacje o osobie, miejscu i dacie złożenia oświadczenia:

a) Proszę podać imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

Magdalena Szymańska

b) Proszę podać nazwę miejscowości złożenia oświadczenia

Szczecin

c) Proszę podać datę złożenia oświadczenia

2015-11-06

