

Hälsa, vård och övrig omsorg - fast försäkringsställe

Speciellt anpassad företagsförsäkring för medlemsföretag i KFO.

Grundomfattning

Moment	Kommentar	Försäkringsbelopp	Självrisker
Egendom	Allrisk		
Löseegendom	Inventarier, varor ritn/akrivalier/datamedia pengar och värdehandlingar	Valt belopp	20% av pbb*
Avbrott	Allriskavbrott	Max 3 ggr årslönesumman	24 timmars karens
	Extrakostnadsförs	Max 80% av årsomsättningen	24 timmars karens
Epidemiavbrott	TB/extrakostnader	Max 1 000 000 kr	20 % av pbb*
Ansvar	Allm-/produktansvar		
	Person- & sakskada	10 000 000 kr per skada 20 000 000 kr per år	20% pbb*
Behandlingsskada	Icke legitimerad personal	500 000 kr	50 % av pbb*
Rättsskydd	Twist- & skattemål	5 pbb*	20% pbb* +20% av överskjut.kostnad
Överfallsskydd	Uppsåttligt våld	1 000 000 kr	Ingen
Krisförsäkring	Terapeutisk behandling	10 behandlingstillfällen	Ingen
Förmögenhetsbrott	Anställd personal	500 000 kr	50 % pbb*

* 2011 års prisbasbelopp är 42 800 kr

Vad kostar försäkringen?

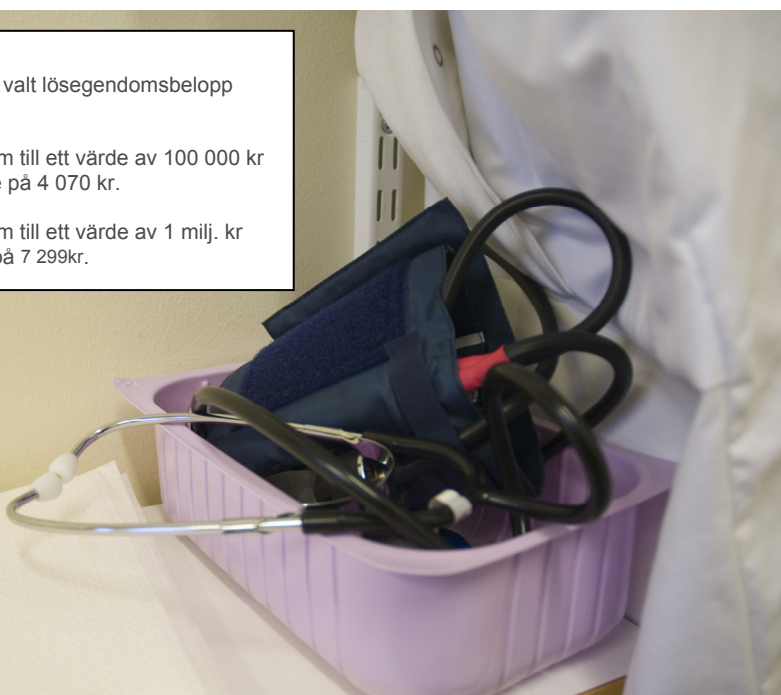
Premien för försäkringen är beroende på valt löseegendomsbelopp samt antal anställda, exempel:

1. Försäkringsbelopp baserat på egendom till ett värde av 100 000 kr och två heltidsanställda ger en årspremie på 4 070 kr.
2. Försäkringsbelopp baserat på egendom till ett värde av 1 milj. kr och 5 heltidsanställda ger en årspremie på 7 299kr.

Vad ingår i försäkringen?

Exempel epidemiavbrott:

Köket på ett äldreboende drabbas av salmonellabakterier och stängs av hälsovårdsmyndigheten. Försäkringen täcker då merkostnaden för att ordna mat åt de boende, till exempel genom catering, med avdrag för självrisk på 20 procent av ett prisbasbelopp.



KFOs skräddarsydda försäkringslösningar

Offertförfrågan

Begäran om förslag till försäkringslösning för medlemsföretag inom hälsa, vård och övrig omsorg, fast försäkringsställe.

Var vänlig och fyll i följande uppgifter

Företagsnamn: _____

Kontaktperson: _____

Organisationsnummer: _____

Postadress: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-post: _____

Antal anställda (omräknat till heltid/årsanställda): _____

Av de anställda, hur många är legitimerade läkare _____ sjuksköterskor _____

Årsomsättning: _____

Egendom:

Önskemål om försäkringsbelopp: 50 000 kr ☐

(kryss för önskad ruta) 100 000 kr ☐

250 000 kr ☐

500 000 kr ☐

1 000 000 kr ☐

Annat belopp: ☐ _____ kr

Tilläggsförsäkringar

Möjlighet finns att komplettera med tilläggsförsäkringar för anpassa skyddet efter verksamhetens behov

(markera önskade tillägg) Styrelseansvar ☐

Olycksfall ☐

Tjänsteresa ☐

Sjukavbrott/ersättningslön ☐

Patientansvar leg. personal ☐

Annat tillägg: _____

Blanketten skickas, faxas alternativt e-postas till: Allians Försäkringsförmedling, Fredsgatan 12, 111 52 Stockholm

Telefon 08-700 51 70, fax 08-700 51 79, hemsida www.allians.com, e-post info@allians.com