

ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΙΑΤΡΟΥ

ΠΡΑΚΤΟΡΕΙΟ	
ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ	
ΤΗΛ/ΝΟ-FAX	
Κ.Α.	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ (ΛΗΠΤΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ / ΕΠΩΝΥΜΙΑ:
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
ΤΗΛΕΦΩΝΟ
FAX
Α.Φ.Μ.
ΔΟΥ

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ : ΕΝΑΡΞΗ	ΛΗΞΗ
ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ	

ΚΑΛΥΠΤΟΜΕΝΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΙ ΟΡΙΑ ΕΥΘΥΝΗΣ

ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ, ΚΑΤ' ΑΤΟΜΟ, ΜΕΧΡΙ €	
ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ, ΟΜΑΔΙΚΟ, ΜΕΧΡΙ €	
ΥΛΙΚΕΣ ΖΗΜΙΕΣ, ΜΕΧΡΙ €	
ΑΝΩΤΑΤΟ ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟ ΟΡΙΟ ΕΥΘΥΝΗΣ	
για όλη τη διάρκεια ασφάλισης μέχρι €	
ΑΠΑΛΛΑΓΗ: €(ανά υλική ζημιά)	
ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ:	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ:	
Α. Ποιας Ιατρικής Πανεπιστημιακής Σχολής είστε πτυχιούχος;	
Έτος αποφοίτησης;	Πόσα χρόνια ασκείτε το επάγγελμα; Έτη άσκησης ειδικότητας;
Εκτιμώμενος αριθμός ασθενών σας ετησίως; Ειδικότητα;	
Β. Εργάζεστε σε κρατικό νοσοκομείο (ΕΣΥ ή στρατιωτικό)	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Εάν ναι, σε ποιο και σε τι θέση;	
Γ. Εργάζεστε σε ιδιωτική κλινική;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Εάν ναι, σε ποια και σε τι θέση;	
Δ. Εργάζεστε στο ΙΚΑ;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Ε. Έχετε ιδιωτικό ιατρείο;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ

Εάν ναι, δώστε στοιχεία (δ/νση, εμβαδόν χώρου)	
ΣΤ. Λειτουργείτε ακτινολογικό εξοπλισμό, laser ή μηχανήμα υπερήχων;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Και αν ΝΑΙ, διευκρινίστε για τι είδους μηχανήμα πρόκειται.	
Αν ναι, παρακαλούμε αναφέρετε τον τύπο και εάν ο εξοπλισμός χρησιμοποιείται για διαγνωστικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς ή και για τους δύο σκοπούς	
Ζ. Απασχολείτε βοηθητικό προσωπικό;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Αν, ναι δώσατε στοιχεία (αριθμό, ειδικότητα, προσόντα)	

Ζημιές που έχετε προκαλέσει τα τελευταία 5 χρόνια. Ιστορικό του συμβάντος:	
Χρονολογία και είδος ζημιών:	
Είχατε ασφαλισθεί γι' αυτές τις ζημιές;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Αν ναι, σε ποια ασφαλιστική Εταιρία, για ποιο ποσό και ποια αποζημίωση πληρώθηκε;	
Σας έχουν αρνηθεί στο παρελθόν πρότασή σας για ασφάλιση των παραπάνω κινδύνων ή σας έχουν ακυρώσει σχετική ασφάλισή σας;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Αν ναι, ποια Ασφαλιστική Εταιρία και πότε;	
Υπάρχουν άλλα ασφαλιστήρια για τον ίδιο κίνδυνο;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Αν, ναι αναφέρατε Εταιρίες, ποσά, αρ. συμβολαίου και λήξη	
Έχετε άλλα ασφαλιστήρια στην ΑΤΛΑΝΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ	
Ζωής <input type="checkbox"/> Πυρός <input type="checkbox"/> Αυτοκινήτου <input type="checkbox"/> Αστικής Ευθύνης <input type="checkbox"/> Άλλο <input type="checkbox"/>	

Κύριοι,

Με βάση τα ανωτέρω στοιχεία που δήλωσα και εφ' όσον αποδεχθείτε την παρούσα πρόταση ασφάλισης, αιτούμαι να εκδώσετε σχετικό ασφαλιστήριο. Τα στοιχεία που σας δήλωσα είναι ακριβή και πλήρη και ισχύουν για την κάθε ανανέωση του ασφαλιστηρίου, εκτός και αν σας γνωστοποιήσω εγγράφως την τυχόν τροποποίηση τους, η οποία θα γίνει επίσης αποδεκτή εγγράφως από την Επιχείρησή, που διατηρεί πάντοτε το δικαίωμα απόδοχής ή όχι της ανανέωσης. Συμφωνώ να ισχύσει η ασφάλιση μετά την αποδοχή αυτής της πρότασης η οποία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του ασφαλιστηρίου και αποδέχομαι το ισχύον τιμολόγιο. Τέλος, δηλώνω ότι έλαβα γνώση α) των γενικών και ειδικών όρων του ασφαλιστηρίου με τους οποίους συμφωνώ και αποδέχομαι ανεπιφύλακτα. β) ότι δικαιούμαι, βάσει των παραδοθέντων εντύπων, να υποβάλω γραπτώς δηλώσεις εναντίωσης του άρθ.2 παρ. 5 του Ν.2496/97, τις οποίες υποχρεούμαι να σας αποστείλω εμπρόθεσμα με συστημένη επιστολή με την παραλαβή του ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΙΑΤΡΟΥ

ασφαλιστηρίου, εφόσον συντρέχει λόγος εναντίωσης γ) ότι παρέλαβα γραπτές πληροφορίες του άρθρου 4 του ΝΔ 400/70, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει, τόσο τις γενικές όσο και τις ειδικές, σχετικά με τους αιτηθέντες από εμένα κινδύνους δ) ότι το εφαρμοστέο δίκαιο που θα διέπει τη σύμβαση θα είναι το Ελληνικό.

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ: Με την παρούσα δηλώνω, σύμφωνα με το νόμο, ότι δίνω τη συγκατάθεσή μου στην Εταιρία και στον διαμεσολαβούντα για την ασφάλιση να επεξεργάζονται όλα τα δεδομένα μου προσωπικού χαρακτήρα, συμπεριλαμβανομένων και των ευαίσθητων, τα οποία εδόθησαν για την παρούσα ασφάλιση και να τα διατηρούν σε αρχείο όσο χρειάζεται. Επίσης δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί για τα δικαιώματά μου της ενημέρωσης, πρόσβασης και αντίρρησης.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ

.....

Ημ/νία
Ο ΑΙΤΩΝ/ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ
(υπογραφή επροσώπου & σφραγίδα
όταν πρόκειται για εταιρία)

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ
(αρθρου 4 παρ. 2 περ.Η ΝΔ 400/70)

Σε σχέση με την πρόταση – αίτηση ασφάλισής σας προς την Εταιρία μας, προς ενημέρωσή σας, σας πληροφορούμε τα εξής:

1. Η πλήρης επωνυμία της συμβαλλόμενης ασφαλιστικής επιχείρησης έχει ως εξής:
ΑΤΛΑΝΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΤΑΙΡΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
2. Η έδρα της Ασφαλιστικής Εταιρίας βρίσκεται επί της
Λ.Μεσογείων 71 & Ηλιδος 36, ΤΚ 11526 Αθήνα, Ελλάδα
3. Εφαρμοστέο δίκαιο που θα διέπει την παρούσα ασφαλιστική σύμβαση θα είναι το **Ελληνικό**
4. εντός ευλόγου χρόνου η Ασφαλιστική Επιχείρηση θα απαντά εγγράφως σε κάθε πρόβλημα ή παρατήρησή σας η οποία θα υποβληθεί στην Επιχείρηση εγγράφως δια συστημένης επιστολής στα κεντρικά της γραφεία.