INTERAMERICAN

Ασφάλιση Επαγγελματικής Αστικής Ευθύνης Ιατρών

ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΙΝΤΕΡΑΜΕΡΙΚΑΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΗΜΙΩΝ Α.Ε.

◯ **ΠΡΟΤΑΣΗ ΕΚΔΟΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ**

◯ **ΠΡΟΤΑΣΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΙΣΧΥΟΝΤΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ**

ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ: .....

Αυτή η πρόταση θα αποτελέσει αναπόσπαστο μέρος του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου. Η συμπλήρωση όλων των ερωτήσεων είναι υποχρεωτική.
Αν χρησιμοποιείται σαν Πρόταση Τροποποίησης θα συμπληρώνεται μόνο ό,τι διαφοροποιείται από την αρχική πρόταση.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ

ΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ: ΝΟΜΙΚΗ ΕΠΩΝΥΜΙΑ..... Α.Φ.Μ. __|__|__|__|__|__|__|__|__ ΔΟΥ.....

ΕΙΔΟΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ .....

ΦΥΣΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ: ΕΠΩΝΥΜΟ..... ΟΝΟΜΑ..... ΦΥΛΟ ◯ Α ◯ Γ

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ..... ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ H H|M M|E E E E Α.Φ.Μ. __|__|__|__|__|__|__|__|__ ΔΟΥ.....

ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ: ◯ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗ ◯ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗ ◯ ΑΔΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ◯ ΑΛΛΟ ..... ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ __|__|__|__|__|__|__|__|__

ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟ __|__|__|__|__|__|__|__ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ..... ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ: ΟΔΟΣ & ΑΡΙΘΜΟΣ ..... Τ.Κ. __|__|__|__|__ ΠΟΛΗ/ΠΕΡΙΟΧΗ.....

Τ.Θ. __|__|__|__|__|__ ΤΗΛΕΦΩΝΟ __|__|__|__|__|__|__|__|__|__ ΚΙΝΗΤΟ __|__|__|__|__|__|__|__|__|__ FAX __|__|__|__|__|__|__|__|__|__

E-mail..... ΕΥΓΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

Συμπληρώνεται μόνο αν ο Συμβαλλόμενος και ο Ασφαλιζόμενος δεν είναι το ίδιο πρόσωπο

ΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ: ΝΟΜΙΚΗ ΕΠΩΝΥΜΙΑ..... Α.Φ.Μ. __|__|__|__|__|__|__|__|__ ΔΟΥ.....

ΕΙΔΟΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ .....

ΦΥΣΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ: ΕΠΩΝΥΜΟ..... ΟΝΟΜΑ..... ΦΥΛΟ ◯ Α ◯ Γ

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ..... ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ H H|M M|E E E E Α.Φ.Μ. __|__|__|__|__|__|__|__|__ ΔΟΥ.....

ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ: ◯ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗ ◯ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗ ◯ ΑΔΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ◯ ΑΛΛΟ ..... ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ __|__|__|__|__|__|__|__|__

ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟ __|__|__|__|__|__|__|__ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ..... ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ: ΟΔΟΣ & ΑΡΙΘΜΟΣ ..... Τ.Κ. __|__|__|__|__ ΠΟΛΗ/ΠΕΡΙΟΧΗ.....

Τ.Θ. __|__|__|__|__|__ ΤΗΛΕΦΩΝΟ __|__|__|__|__|__|__|__|__|__ ΚΙΝΗΤΟ __|__|__|__|__|__|__|__|__|__ FAX __|__|__|__|__|__|__|__|__|__

E-mail..... ΕΥΓΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....

ΕΠΙΘΥΜΗΤΑ ΟΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Επιλέξετε το ασφαλιζόμενο κεφάλαιο που επιθυμείτε ανά ζημιογόνο γεγονός, αθροιστικά και για το σύνολο Ευθύνης της Εταιρίας από:

◯ €100.000,00 ◯ €200.000,00 ◯ €300.000,00 ◯ €400.000,00 ◯ €500.000,00 ◯ €600.000,00 ◯ €700.000,00 ◯ €800.000,00 ◯ €900.000,00 ◯ €1.000.000,00

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

ΑΠΟ ΜΕΣΗΜΒΡΙΑ ΤΗΣ H H|M M|E E E E

Η ασφάλιση είναι ετήσιας διάρκειας

ΑΠΑΛΛΑΓΕΣ

ΕΠΙΛΕΞΑΤΕ ΤΗΝ ΑΠΑΛΛΑΓΗ ΠΟΥ ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ:

◯ ΚΑΜΜΙΑ ◯ € 50.000,00 ◯ € 100.000,00 ◯ € 150.000,00
◯ € 200.000,00 ◯ € 250.000,00 ◯ € 300.000,00 ◯ € 400.000,00

ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΡΓΟΠΟΡΗΜΕΝΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΑΞΙΩΣΗΣ ΠΡΟΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ

Επιθυμείτε η περίοδος αργοπορημένης δήλωσης αξίωσης προς αποζημίωση να επεκταθεί σε 24 μήνες αντί των 12 μηνών από την λήξη του ασφαλιστηρίου; ◯ ΝΑΙ ◯ ΟΧΙ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ

Ποιάς Ιατρικής Πανεπιστημιακής Σχολής είστε πτυχιούχος; .....

Έτος αποφοίτησης: ..... Πόσα χρόνια ασκείτε το επάγγελμα; ..... Έτη άσκησης ειδικότητας: .....

Εκτιμούμενος αριθμός ασθενών σας ετησίως: ..... Ειδικότητα: .....

1. Εργάζεστε σε κρατικό νοσοκομείο (ΕΣΥ ή στρατιωτικό); ◯ ΝΑΙ ◯ ΟΧΙ
   Εάν ΝΑΙ, σε ποιο και σε τι θέση; .....
2. Εργάζεστε σε ιδιωτική κλινική; ◯ ΝΑΙ ◯ ΟΧΙ
   Εάν ΝΑΙ, σε ποια και σε τι θέση; .....
3. Εργάζεστε στο ΙΚΑ; ◯ ΝΑΙ ◯ ΟΧΙ Εάν ΝΑΙ, από ποιο έτος; .....
4. Έχετε ιδιωτικό ιατρείο; ◯ ΝΑΙ ◯ ΟΧΙ
   Εάν ΝΑΙ, δώστε στοιχεία (διεύθυνση, εμβαδόν χώρου) .....
5. Λειτουργείτε ακτινολογικό εξοπλισμό ή laser; ◯ ΝΑΙ ◯ ΟΧΙ
   Εάν ΝΑΙ, παρακαλούμε αναφέρετε τον τύπο και εάν ο εξοπλισμός χρησιμοποιείτε για διαγνωστικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς ή και για τους δύο σκοπούς: .....
   .....

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΖΗΜΙΩΝ

Είχατε ποτέ την τελευταία 5ετία εμπλακεί με οποιονδήποτε τρόπο στην πρόκληση περιστατικού σχετικά με την επαγγελματική σας ιδιότητα, το οποίο έχει ή μπορεί να θεμελιώσει αξίωση αποζημίωσης εναντίον σας; ◯ ΝΑΙ ◯ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ, παρακαλούμε αναφέρετε το ιστορικό του συμβάντος: .....

.....

Καταβλήθηκε ποτέ κάποια αποζημίωση; ◯ ΝΑΙ ◯ ΟΧΙ Εάν ΝΑΙ, τι ύψους: ..... Ημερομηνία συμβάντος: Η Η | Μ Μ | Ε Ε Ε Ε

Ήσασταν ασφαλισμένος: ◯ ΝΑΙ ◯ ΟΧΙ Εάν ΝΑΙ, σε ποια ασφαλιστική εταιρία; .....

Έχετε άλλο ασφαλιστήριο Επαγγελματικής Αστικής Ευθύνης σε άλλη ασφαλιστική εταιρία; ◯ ΝΑΙ ◯ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ, αναφέρατε σε ποια ασφαλιστική εταιρία, ασφαλιζόμενα ποσά και λήξη: .....

.....

ΤΡΟΠΟΣ & ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟΥ

◯ **ΠΙΣΤΩΤΙΚΗ ΚΑΡΤΑ**

◯ INTERAMERICAN MASTERCARD ◯ MASTERCARD (ΕΚΤΟΣ INTERAMERICAN) ◯ VISA

ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΡΤΑΣ __|__|__|__ __|__|__|__ __|__|__|__ __|__|__|__ ΗΜ/ΝΙΑ ΛΗΞΗΣ __|__|__|__

◯ ΚΑΘΕ ΧΡΟΝΟ ◯ ΚΑΘΕ ΕΞΑΜΗΝΟ

Με την παρούσα εξουσιοδοτώ την ΙΝΤΕΡΑΜΕΡΙΚΑΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΗΜΙΩΝ Α.Ε. όπως προβεί στην εξόφληση των ασφαλίστρων του συμβολαίου που θα εκδοθεί με βάση την παρούσα Πρόταση Ασφάλισης καθώς και των ανανεώσεών του, με χρέωση της πιστωτικής μου κάρτας με τα παραπάνω στοιχεία όπως και της όποιας Κάρτας εκδίδεται σε αντικατάσταση αυτής. Η παρούσα εξουσιοδότηση ισχύει έως ότου η Εταιρία λάβει έγγραφη δήλωσή μου (έως και 5 εργάσιμες ημέρες πριν από την ημερομηνία οφειλής), η οποία θα ανακαλεί την παρούσα. Η παρούσα εξουσιοδότηση αναιρεί κάθε προηγούμενη εντολή χρέωσης με άλλη πιστωτική κάρτα.

Ημερομηνία _____ Υπογραφή Συμβαλλόμενου _____ Υπογραφή Κατόχου Πιστωτικής Κάρτας _____

◯ **ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΕΠΙΤΑΓΗ** ◯ ΚΑΘΕ ΧΡΟΝΟ ◯ ΚΑΘΕ ΕΞΑΜΗΝΟ

Προς την
ΙΝΤΕΡΑΜΕΡΙΚΑΝ
Ελληνική Εταιρία
Ασφαλίσεων Ζημιών Α.Ε.
Έδρα:
Αγ. Κωνσταντίνου 57
151 24 Μαρούσι
Κεντρικά Γραφεία:
Λ. Συγγρού 350
176 80 Καλλιθέα
Τηλ. Κέντρο: 210 9461111
Fax: 210 9461036
e-mail:
underwriting.zimion@
interamerican.gr
www.interamerican.gr

Δηλώνω ότι οι απαντήσεις μου είναι πλήρεις και ότι δεν παρέλειψα περιστατικό ή στοιχείο που θα μπορούσε να επηρεάσει τους υπό εκτίμηση κινδύνους από την Ασφαλιστική Εταιρία. Παρακαλώ, με βάση τα στοιχεία που δήλωσα, να εκδώσετε ασφαλιστήριο συμβόλαιο. Συμφωνώ η ασφάλιση να ισχύσει μετά την αποδοχή από την Εταιρία σας αυτής της πρότασής μου, η οποία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ασφαλιστικής σύμβασης, με την προϋπόθεση προηγούμενης εξόφλησης των ασφαλίστρων. Η παραπάνω δήλωσή μου ισχύει για κάθε ανανέωση της Ασφαλιστικής Σύμβασης, εκτός αν τροποποιηθεί με έγγραφό μου, που θα γίνει αποδεκτό εγγράφως από την Εταιρία. Δηλώνω ότι μου παραδόθηκε από τον ασφαλιστικό σύμβουλο και παρέλαβα έγγραφο (έντυπο) της Εταιρίας σας με τις πληροφορίες που προβλέπονται (όπως σε αυτό αναφέρονται) από το άρθρο 4, παρ. 2, περ. Η΄, Ν.Δ. 400/70 (όπως τούτο τροποποιήθηκε από το Π.Δ. 252/96), τόσο τις γενικές όσο και τις ειδικές σχετικά με τους αιτηθέντες από εμένα προς κάλυψη ασφαλιστικούς κινδύνους. Δηλώνω επίσης ότι έλαβα γνώση για τα παρακάτω τα οποία και αποδέχομαι: Η ασφαλιστική Εταιρία «ΙΝΤΕΡΑΜΕΡΙΚΑΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΗΜΙΩΝ Α.Ε.» τηρεί και επεξεργάζεται Αρχείο με προσωπικά δεδομένα των Ασφαλιζομένων της, στα οποία περιλαμβάνονται και ευαίσθητα δεδομένα, με σκοπό την ομαλή λειτουργία και εκτέλεση της Ασφαλιστικής Σύμβασης. Αποδέκτες των προσωπικών δεδομένων των Ασφαλιζομένων δύνανται να είναι τα διαμεσολαβούντα για τη σύναψη της Σύμβασης Ασφάλισης πρόσωπα, Δημόσιες Αρχές βάσει επιταγών του Νόμου ή Δικαστικών Αποφάσεων, η Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών, τα ασφαλιστικά ταμεία, οι έχοντες δικαιώματα από τις ασφαλιστικές συμβάσεις, πραγματογνώμονες, ιατροί, δικηγόροι, δικαστικοί επιμελητές, κ.λπ. Ο Ασφαλιζόμενος έχει το δικαίωμα να λαμβάνει, κατόπιν γραπτού αιτήματός του και έναντι του ποσού που θα καθορίσει η Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, τα στοιχεία που τον αφορούν προσωπικά ή και να προβάλλει τυχόν εύλογες αντιρρήσεις, σύμφωνα με τα όσα ορίζονται στα άρθρα 12 και 13 του Νόμου 2472/1997, και πάντως μέσα στα πλαίσια της Ασφαλιστικής Σύμβασης. Η παραπάνω ασφαλιστική Εταιρία έχει το δικαίωμα να χρησιμοποιεί τα προσωπικά δεδομένα του κάθε Ασφαλιζομένου της, πλην των ευαίσθητων για προωθητικές ενέργειες, δικές της ή τρίτων, ο Ασφαλιζόμενος όμως μπορεί να καταργήσει οποτεδήποτε το ως άνω δικαίωμα της ανωτέρω ασφαλιστικής Εταιρίας με γραπτή δήλωσή του προς αυτήν.

ΤΟΠΟΣ ..... ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ Η Η | Μ Μ | Ε Ε Ε Ε

Υπογραφή εκπροσώπου και σφραγίδα όταν πρόκειται για Εταιρία _____

Ονοματεπώνυμο Συμβαλλομένου

.....

Υπογραφή Συμβαλλομένου _____

Βεβαιώνω ότι η παρούσα αίτηση συμπληρώθηκε και υπογράφηκε από τον αιτούντα παρουσία μου

Κ.Α. Συνεργάτη __|__|__|__|__|__|__ Υπογραφή Συνεργάτη _____ Υπογραφή Συντονιστή _____

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ Άρθρου 4, παρ. 2, περ. Η΄ του κωδικοποιημένου Ν.Δ./τος 400/70

Σε σχέση με την υπό σύναψη Ασφαλιστική Σύμβαση με την Εταιρία μας, σας παρέχονται οι κάτωθι πληροφορίες:

1. Η πλήρης επωνυμία της συμβαλλόμενης Ασφαλιστικής Επιχείρησης έχει ως εξής: ΙΝΤΕΡΑΜΕΡΙΚΑΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΗΜΙΩΝ ΑΕ.
2. Η έδρα της Ασφαλιστικής Εταιρίας βρίσκεται στην Ελλάδα, επί της οδού Αγίου Κωνσταντίνου 57, 151 24 Μαρούσι.
3. Εφαρμοστέο Δίκαιο που θα διέπει την Ασφαλιστική Σύμβαση θα είναι το Ελληνικό.
4. Μέσα σε εύλογο χρονικό διάστημα, η Ασφαλιστική Εταιρία θα απαντά εγγράφως σε κάθε πρόβλημα ή παρατήρησή σας, για τα οποία ο έγγραφος τύπος θα κρίνεται απαραίτητος. Σε κάθε άλλη περίπτωση θα ικανοποιεί το ταχύτερο δυνατό κάθε αίτημά σας που κρίνεται εύλογο.

INTERAMERICAN
Μεγάλη και Σίγουρη

e-Ait.astikieythinia1rou/1211