

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ  
ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ  
ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ - ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ**

- Η Αίτηση Ασφάλισης πρέπει να είναι πλήρως συμπληρωμένη (Οι πληροφορίες είναι εμπιστευτικές)
- Η "CROMAR" στο πλαίσιο συμμόρφωσης με τις απαιτήσεις του Κανονισμού Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων και σύμφωνα με την Πολιτική Προστασία Προσωπικών Δεδομένων που είναι αναρτημένη στον ιστότοπο της εταιρίας μας ([http://www.cromar.gr/pages.php?p\\_id=169](http://www.cromar.gr/pages.php?p_id=169)), σας εγγυάται την ασφαλή αποθήκευση και επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων και δηλώνει υπεύθυνα πως αυτά δεν πρόκειται να διατεθούν σε Τρίτους για διαφημιστικούς ή άλλους σκοπούς αλλά θα χρησιμοποιούνται αποκλειστικά στη διαπραγμάτευση με Ασφαλιστές για τις ασφαλιστικές καλύψεις σας.

**Κωδικός Διαμεσολαβούντα που ήρθε σε επαφή με την CROMAR: ...**  
**Κωδικός Διαμεσολαβούντα που ήρθε σε επαφή με τον Λήπτη της Ασφάλισης: ...**

**1. ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ/ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ**

Επωνυμία :			
Διεύθυνση:		Website:	
Τηλ:	Fax:	Email:	
ΑΦΜ /ΔΟΥ:		Έτος ίδρυσης :	
Είστε μέλος κάποιου συλλόγου ή επαγγελματικού οργανισμού;			<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Εάν ναι, αναφέρετε: .....			

**2. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

i)	Ποιος είναι ο κύριος Μέτοχος (holding company): .....		
ii)	Τι ποσοστό των κεφαλαίων προέρχεται από:		
	Κρατικό/ Δημόσιο Φορέα; .....%	Ιδιωτική χρηματοδότηση; .....%	Φιλανθρωπικά Ιδρύματα; .....%
iii)	Τι ποσοστό των ασθενών, κατά προσέγγιση, προέρχεται (χρηματοδοτείται):		
	Κρατικό/ Δημόσιο Φορέα; .....%	Ιδιωτική Ασφάλιση; .....%	Φιλανθρωπικά Ιδρύματα; .....%
iv)	Τι σημαντικές αλλαγές στις δραστηριότητές σας είναι πιθανό να συμβούν στο επόμενο έτος;		
.....			
v)	Επιβεβαιώνετε ότι έχετε αδειοδοτηθεί και καταχωρηθεί σύμφωνα με τον ισχύοντα ρυθμιστικό φορέα ή νόμο να εξασκείτε αυτές τις δραστηριότητες στη προαναφερθείσα διεύθυνση;		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ

**3. ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΕΣΟΔΑ / ΑΚΑΘΑΡΙΣΤΑ ΕΣΟΔΑ (Προηγούμενο οικονομικό έτος & εκτίμηση για το τρέχον)**

20.....: ..... €	20.....: ..... €	Ημερομηνία έναρξης οικον. έτους: ... / ... / ...
------------------	------------------	--

**4. ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΙΑΘΕΤΕΙ**

i)	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Εάν ΝΑΙ, δηλώστε: Αριθμό κλινών ..... Μέση ημερήσια πληρότητα .....
ii)	Αξονικό τομογράφο (C.A.T / M.R.I. ή παρόμοιο) <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Εάν ΝΑΙ, αναφέρατε σύμβασης συντήρησης:
iii)	Εγκαταστάσεις ιατρικής /νοσηλευτικής διδασκαλίας / σεμιναρίων; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ

iv)	Εργαστήρια παθολογίας;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
v)	Ασθενοφόρο που ανήκει ή διαχειρίζεται το νοσηλευτικό ίδρυμα; Εάν ΝΑΙ, αναφέρατε αριθμό οχημάτων: .....	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ

## 5. ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ

i)	Συνολικός αριθμός κλινών ..... Μέση ημερήσια πληρότητα: .....%		
ii)	Συνολικός αριθμό εισαχθέντων ασθενών:	Τρέχον Έτος: .....	Προηγούμενο έτος: .....
	Τι ποσοστό ασθενών προήλθε από τις ΗΠΑ ή τον Καναδά; ... %		
iii)	Αναφέρατε (κατά προσέγγιση) ποσοστά εγχειρήσεων που εκτελούνται στις παρακάτω κατηγορίες:		
	Ατυχήματα & Επείγοντα (συμπληρώστε Παρ/μα 1)	... %	Μεταμοσχεύσεις ... %
	Λοιμώδη Νοσήματα	... %	Μικροεπεμβάσεις ... %
	Εξάρτηση από Ναρκωτικά / Αλκοόλ	... %	Μεσαία Χειρουργική ... %
	Παιδιατρική	... %	Μεγάλη Χειρουργική ... %
	Αισθητική χειρουργική	... %	Λαπαροσκοπική Χειρουργική ... %
	Γυναικολογική	... %	Άλλο ..... %

iv)	Αναφέρατε αριθμό χειρουργικών μονάδων: .....
-----	--

## 6. ΙΑΤΡΟΙ – ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Δηλώστε το συνολικό αριθμό των εργαζομένων στις παρακάτω ειδικότητες

		Υπάλληλος Ιδρύματος	Συνεργάτης		Υπάλληλος Ιδρύματος	Συνεργάτης
Ψυχίατροι				Μόνιμο Ιατρικό Προσωπικό		
Χειρουργοί	Πλαστικοί – Αισθητικοί			Νοσηλευτές – Ημέρα		
	Ορθοπαιδικοί			Νοσηλευτές – Νύχτα		
	Άλλο			Παραϊατρικό προσωπικό (Τεχνολόγοι κτλ.)		
Αναισθησιολόγοι				Φαρμακοποιοί		
Βοηθοί Αναισθησιολόγοι				Βοηθητικό Προσωπικό – Ημέρα		
Μαιευτήρες / Γυναικολόγοι				Βοηθητικό Προσωπικό – Νύχτα		
Μαίες				Διευθυντές / Εταίροι		
Τεχνικοί εργαστηρίων				Γραμματεία / Διοικητικό		
Οδοντίατροι				Άλλα: .....		

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΙΝΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΕΝΗ ΓΙΑ ΝΑ ΚΑΛΥΠΤΕΙ ΤΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΙ ΟΧΙ ΤΟΥΣ ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ: ΕΑΝ ΖΗΤΕΙΤΑΙ Η ΚΑΛΥΨΗ ΕΠΙΣΗΣ ΓΙΑ ΑΞΙΩΣΕΙΣ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΣΥΝΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ ΠΟΥ ΕΚΤΕΛΟΥΝ ΣΤΟ ΙΔΡΥΜΑ, ΔΩΣΤΕ ΜΙΑ ΛΙΣΤΑ ΜΕ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΚΑΛΥΨΗ, ΣΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΝΑ ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΤΟ ΟΝΟΜΑ, Η ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ / ΗΛΙΚΙΑ, ΤΙΤΛΟΣ ΚΑΙ Η ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΚΑΘΕ ΙΑΤΡΟΥ.**

## 7. ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

Εγγυάστε ότι όλοι οι εγγεγραμμένοι ιατροί και οδοντίατροι είναι μέλη του Εθνικού Ιατρικού / Οδοντιατρικού συλλόγου και ότι είναι ασφαλισμένοι για τη δική τους ιατρική ευθύνη;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Η ασφαλιστική κάλυψη που διαθέτουν οι συνεργαζόμενοι γιατροί είναι σε ενιαία βάση σύμφωνα με συμβατική απαίτηση; Αν ΝΑΙ αναφέρατε σχετικά και προσκομίστε αντίγραφο ασφαλιστηρίου	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ

## 8. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Προσφέρονται υπηρεσίες συμβουλευτικής υποστήριξης στους ασθενείς; Αν ΝΑΙ αναφέρατε σχετικά:		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
i)	Αριθμό Συμβούλων: .....	ii) Έχουν όλοι τους κατάλληλους τίτλους;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
iii)	Οι Σύμβουλοι είναι: <input type="checkbox"/> Υπάλληλοι του ιδρύματος <input type="checkbox"/> Εξωτερικοί Συνεργάτες (αυτοαπασχολούμενοι)		

## 9. ΤΡΑΠΕΖΑ ΑΙΜΑΤΟΣ

i)	Υπάρχει τράπεζα αίματος;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
ii)	Δηλώστε το μέσο αριθμό μονάδων ή προϊόντων αίματος που χρησιμοποιούνται σε ένα μήνα: .....	
iii)	Είναι το 100% των παραπάνω αγορασμένο ή ληφθέν από την Εθνική Υπηρεσία Αιμοδοσίας ή τον Ερυθρό Σταυρό; Αν ΝΑΙ, αναφέρατε λεπτομέρειες;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
iv)	Ελέγχονται, όλες οι μονάδες και τα προϊόντα αίματος για μεταδοτικές ασθένειες, σύμφωνα με τις πρακτικές της Εθνικής Υπηρεσίας Αιμοδοσίας, του Ερυθρού Σταυρού ή άλλου ισοδύναμου φορέα, πριν από τη χρήση; Αν ΝΑΙ, αναφέρατε τις εξετάσεις που διενεργούνται. Αν ΟΧΙ, δώστε λεπτομέρειες;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
	Παραθέστε λεπτομέρειες των εγκαταστάσεων αποθήκευσης και των διαδικασιών που ακολουθούνται:	

## 10. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ

i)	Το νοσηλευτικό ίδρυμα παρέχει υπηρεσίες Ιατρικού Τουρισμού;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
ii)	Αν ΝΑΙ, υπάρχει αντίστοιχη διαπίστευση από επίσημο διεθνή φορέα; Αν ΝΑΙ, αναφέρατε: .....	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
iii)	Τι ποσοστό πελατών προέρχεται από ΗΠΑ & Καναδά; .....	.....%

## 11. ΑΡΧΕΙΑ

Αναφέρατε είδος τηρούμενων αρχείων, πού και πώς αποθηκεύονται και πόσο καιρό διατηρούνται:
--

## ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

## 12. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Περιγραφή (Χρήση διαφορετικών κτιρίων; ) .....			
i)	Τύπος κατασκευής .....	ii)	Αριθμός ορόφων .....
iii)	Έτος κατασκευής .....	iv)	Αριθμός θαλάμων ασθενών .....
v)	Υπάρχει εξειδικευμένη εταιρεία παροχής υπηρεσιών ασφαλείας εκτός συνήθων ωρών εργασίας; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Αν ΝΑΙ, αναφέρατε επωνυμία εταιρείας: .....		
	Υπάρχει συμβατική απαίτηση για Ασφάλιση Επαγγελματικής Αστικής Ευθύνης; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ		
vi)	Στις υπηρεσίες ασφαλείας περιλαμβάνεται περιπολία εξωτερικών χώρων & ελέγχου φαρμακείων; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ		
vii)	Οι δεξαμενές νερού, μονάδες κλιματισμού κλπ., ελέγχονται και συντηρούνται τακτικά; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Αναφέρατε επωνυμία εταιρείας συντήρησης εγκαταστάσεων: .....		
	Υπάρχει συμβατική απαίτηση για Ασφάλιση Επαγγελματικής Αστικής Ευθύνης; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ		
viii)	Οι ανελκυστήρες / κυλιόμενες σκάλες συντηρούνται τακτικά βάσει συμβάσεων; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Αναφέρατε επωνυμία εταιρείας συντήρησης εγκαταστάσεων: .....		
	Υπάρχει συμβατική απαίτηση για Ασφάλιση Επαγγελματικής Αστικής Ευθύνης; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ		
ix)	Πρόκειται να γίνουν αλλαγές / επεκτάσεις στις κτηριακές εγκαταστάσεις εντός των προσεχών 12 μηνών; Αν ΝΑΙ, αναφέρατε: <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ .....		

## 13. ΕΛΕΓΧΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ

i)	Υπάρχει πλήρης συμμόρφωση με την ισχύουσα νομοθεσία περί πυρασφάλειας; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
ii)	Έχουν οι εγκαταστάσεις ηλεκτρικό σύστημα έκτακτης ανάγκης; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
iii)	Το προσωπικό σας έχει δεχτεί οδηγίες και ενημερώνεται τακτικά για τις διαδικασίες που ακολουθούνται σε περίπτωση πυρκαγιάς και έκτακτης ανάγκης; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ

## 14. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

i)	Το ίδρυμα μεριμνά για την ασφαλή συλλογή, αποθήκευση & απόρριψη, σύμφωνα με την τρέχουσα νομοθεσία για:			
	a)	Αιχμηρά αντικείμενα <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	b)	Γάζες, κλινικά / χειρουργικά απόβλητα <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
ii)	Επιβεβαιώνετε ότι η απόρριψη των παρακάτω γίνεται με ασφάλεια, σύμφωνα με την τρέχουσα νομοθεσία;			
	a)	Αίμα / Προϊόντα αίματος <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	b)	Τα νοσοκομειακά απόβλητα; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
iii)	Υπάρχει εντός του ιδρύματος εγκατάσταση αποστείρωσης των ιατρικών εργαλείων; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Αν ΝΑΙ, επιβεβαιώνετε ότι εφαρμόζονται οι κατάλληλοι μέθοδοι ελέγχου της αποστείρωσης (cross-infection control methods); <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ			

## 15. ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Ασφαλιστική Εταιρεία:	Για Ιατρική Ευθύνη: .....	Για Γενική Αστική Ευθύνη: .....
Η ασφάλιση ήταν ετησίως ανανεούμενη; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ		Εάν ΝΑΙ, Ημερομηνία Αναδρομικής Ισχύος ... / ... / .....
Όριο αποζημίωσης: .....	Ποσό Απαλλαγής: .....	Ημερομηνία λήξης: ... / ... / .....

## 16. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΩΝ ΑΞΙΩΣΕΩΝ ΓΙΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ

Παραθέστε όλες τις αξιώσεις τα 5 τελευταία έτη (εάν είναι απαραίτητο, επισυνάψτε ξεχωριστή σελίδα):

Ημερομηνία Περιστατικού	Ημερομηνία προβολής αξίωσης	Αξιωθέν Ποσό (€)	Πληρωθέν Ποσό (€)	Λεπτομέρειες σχετικά με την αξίωση και για τον ενάγοντα

Αναφέρατε τυχόν γνωστά συμβάντα που έλαβαν χώρα τα τελευταία 5 χρόνια και τα οποία μπορεί να οδηγήσουν στην προβολή αξιώσεων κατά του ιδρύματος:

Ημερομηνία συμβάντος	Αναφέρατε φύση του συμβάντος και λεπτομέρειες για τον πιθανώς καταγγέλλοντα

Έχουν οι παραπάνω περιπτώσεις κοινοποιηθεί στη προηγούμενη Ασφαλιστική Εταιρεία;  ΝΑΙ  ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ, αναφέρατε ημερομηνίες: .....

## 17. ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ

i) Όριο Αποζημίωσης (€ ανά αξίωση / συνολικά ανά έτος) :

1.000.000 / 2.000.000€  2.500.000 / 5.000.000€  5.000.000 / 10.000.000€  Άλλο.....

ii) Ποσό Απαλλαγής (€ ανά αξίωση):

10.000€  25.000€  50.000€  Άλλο.....

Βεβαιώνω ότι όλες οι δηλώσεις και τα στοιχεία της Πρότασης αυτής είναι αληθή και ότι δεν έχουμε δηλώσει ψευδώς ή αποκρύψει κανένα ουσιώδες δεδομένο. Στην περίπτωση κατά την οποία η ασφάλεια λήξει, συμφωνούμε ότι η Πρόταση αυτή στο σύνολό της μαζί με κάθε άλλη πληροφορία, θα αποτελέσει τη βάση του Ασφαλιστηρίου.

Ημερομηνία .... /..... /.....

Υπογραφή  
(Όνομα / Θέση)

**Σημείωση:** Παρακαλούμε σημειώστε ποια από τα παρακάτω Παραρτήματα έχουν εφαρμογή στην περίπτωση του νοσηλευτικού ιδρύματος ώστε αντίστοιχα να συμπληρωθούν και να επισυναφθούν.

- ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 – ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ  
 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 – ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΕΣ  
 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3 – ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ / ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ  
 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4 – ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 – ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

Αναφέρατε ποια από τα παρακάτω περιγράφει καλύτερα το είδος περίθαλψης που παρέχεται από το ίδρυμα:	
i)	Ολοκληρωμένη φροντίδα επειγόντων περιστατικών διαθέσιμη όλο το 24ώρο και περιλαμβάνει αναισθητικό, ιατρικές και χειρουργικές υπηρεσίες από μόνιμο ιατρικό προσωπικό. Υπάρχει ιατρός με σχετική ειδικότητα διαθέσιμος μέσα σε περίπου 30 λεπτά. <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ</span>
ii)	Ένας ιατρός είναι πάντα παρών στο τμήμα επειγόντων περιστατικών και υπάρχει ιατρός με σχετική ειδικότητα διαθέσιμος μέσα σε περίπου 30 λεπτά. <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ</span>
iii)	Η φροντίδα για τα επειγόντα περιστατικά παρέχεται μέσα σε περίπου 30 λεπτά μέσω συστήματος εφημερίας. <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ</span>
Εάν δεν ισχύει κανένα από τα παραπάνω παρακαλούμε παραθέστε λεπτομέρειες: .....	

### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 – ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΕΣ

1.	Δηλώστε για ποιους διενεργείται η έρευνα, π.χ. Φαρμακευτικές εταιρείες, Κατασκευαστές, Ιδρύματα. .....
2.	Λαμβάνετε πλήρη αποζημίωση από τους Εντολείς σας; <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ</span>
3.	Υπογράφουν όλοι οι εθελοντές ένα έντυπο Πληροφορημένης Συναίνεσης ( <i>Informed Consent Form</i> ); <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ</span>
4.	Στην περίπτωση διπλά - τυφλών μελετών ( <i>Double Blind studies</i> ), οι εθελοντές ενημερώνονται πλήρως γι 'αυτό; <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ</span>
5.	Υπάρχουν δοκιμές στις οποίες συμμετέχουν γυναίκες εθελοντές σε αναπαραγωγική ηλικία; Εάν "ΝΑΙ", δώστε τις σχετικές λεπτομέρειες ..... <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ</span>
6.	Αναφέρατε όλα τα μέλη όλων των επιτροπών δεοντολογίας που εγκρίνουν τις εν λόγω δοκιμές. .....
7.	Δηλώστε τον αριθμό των δοκιμών που έλαβαν χώρα κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών προσδιορίζοντας τον αριθμό των εθελοντών σε κάθε δοκιμή: .....
8.	Δηλώστε τον αριθμό των δοκιμών τις οποίες θα διενεργήσετε κατά τους επόμενους 12 μήνες και τον αριθμό των εθελοντών σε κάθε δοκιμή: .....



9.	Διενεργείτε επίσημη έρευνα, ή πειραματικές δραστηριότητες σε κάποια από τις ακόλουθες κατηγορίες; (Αν "ΝΑΙ", παραθέστε πλήρη στοιχεία)	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
	<input type="checkbox"/> Μεταμοσχεύσεις	<input type="checkbox"/> Έρευνα σε ανθρώπινα έμβρυα
	<input type="checkbox"/> Τεχνητά όργανα	<input type="checkbox"/> Εγχειρητική
	<input type="checkbox"/> Μαιευτική	<input type="checkbox"/> Γενετική Μηχανική
10.	Παρακαλείστε να δώσετε ένα αντίγραφο του εντύπου Πληροφορημένης Συναίνεσης (Informed Consent Form) και λεπτομέρειες για τις αποζημιώσεις που αναφέρονται στην ερώτηση 2 παραπάνω	

### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3 – ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ / ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ

1.	Παρακαλώ αναφέρατε τον συνολικό αριθμό γεννήσεων ετησίως	
	Πολλαπλές γεννήσεις : .....	Υγιή βρέφη: .....
	Θνησιγενή βρέφη: .....	Σύνολο: .....
	Βρέφη που γεννήθηκαν σε λιγότερο από 32 εβδομάδες κύησης:	.....
	Βρέφη που ζύγισαν λιγότερο από 1501 grammas'	.....
	Βρέφη με Apgar σκορ μικρότερο από 6 σε πέντε λεπτά	.....
	Βρέφη που εισήχθησαν στη μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών	.....
	i) Από το δικό σας τμήμα Μαιευτικής:	.....
	ii) Τα οποία μεταφέρθηκαν από μονάδες εκτός ιδρύματος	.....
2.	Είναι ένας Μαιευτήρας διαθέσιμος εντός ιδρύματος 24 ώρες το εικοσιτετράωρο;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
3.	Υπάρχει ένας δεύτερος Μαιευτήρας διαθέσιμος 24 ώρες το εικοσιτετράωρο σε εφημερία;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
4.	Είναι ένας Παιδίατρος διαθέσιμος εντός ιδρύματος κάθε μέρα;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
5.	Υπάρχει Αναισθησιολόγος αποκλειστικά διαθέσιμος για το τμήμα Μαιευτικής για 24 ώρες;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
6.	Υπάρχει δεύτερος Αναισθησιολόγος διαθέσιμος 24 ώρες το εικοσιτετράωρο σε εφημερία;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
7.	Μπορεί μια επείγουσα καισαρική τομή να πραγματοποιηθεί μέσα σε 30 λεπτά για 24 ώρες;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
8.	Μπορεί μια μαία να παρέχει υπηρεσίες τοκετού χωρίς την παρουσία ενός μαιευτήρα;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
9.	Επιτρέπεται η εισαγωγή περιστατικών εξωτερικών ιατρών στο ίδρυμα;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
10.	Προσφέρετε συμβουλευτικές υπηρεσίες για γονείς μετά από περιπτώσεις αποβολών ή περιγεννητικών θανάτων ή τη γέννηση παιδιών με ειδικές ανάγκες;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ

### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4 – ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

Εάν υπάρχει μια Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής δώστε μια πλήρη ανάλυση ως ποσοστά επί του συνόλου των διαδικασιών:

A.I.H. (Σπερματέγχυση με σπέρμα συζύγου)	... %	F.E.R (Frozen Embryo Replacement)	... %
--	-------	-----------------------------------	-------

A.I.D. (Σπερματέγχυση με σπέρμα δότη)	... %	G.I.F.T. (Ενδοσαλπινγκική εμβρυομεταφορά)	... %
I.V.F. (Εξωσωματική Γονιμοποίηση) / E.T. (Εμβρυομεταφορά)	... %	Άλλα: .....	... %

Παρέχονται συμβουλευτικές υπηρεσίες στους ασθενείς;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Ελέγχεται και φυλάσσεται το σπέρμα όλων των δοτών σύμφωνα με τις τρέχουσες οδηγίες;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ

### Δήλωση Συναίνεσης για την Επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα

(Η υπογραφή της δήλωσης αυτής είναι αναγκαία για την έκδοση και τη λειτουργία του ασφαλιστηρίου συμβολαίου)

Ως Συμβαλλόμενος ή Ασφαλιζόμενος, δηλώνω ότι:

1. Διάβασα την σχετική πληροφόρηση «Ενημέρωση για την Επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα» ([www.cromar.gr](http://www.cromar.gr)).
2. Ενημερώθηκα για την επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, που πραγματοποιούν οι εταιρείες του Ομίλου CROMAR και για τα δικαιώματά μου που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων (δηλ., πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού του σκοπού, φορητότητας και εναντίωσης). Επίσης για το δικαίωμά μου να ανακαλέσω οποτεδήποτε στο μέλλον την συγκατάθεση που χορηγώ δις της παρούσης δήλωσης καθώς και για τα δικαιώματά μου που αναφέρονται στα άρθρα 12-22 του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων»
3. Παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου (Άρθρο 7 του Κανονισμού ΕΕ 2016/679) στην παραπάνω εταιρία υπεύθυνη επεξεργασίας για τα ακόλουθα:  
Α) Για την επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα που περιλαμβάνονται σε αυτή την αίτηση ασφάλισης, καθώς και οποιονδήποτε άλλων έρθουν σε γνώση της εταιρείας στο μέλλον και έχουν σχέση με το ασφαλιστήριο συμβόλαιο που αιτούμαι, καθώς και με τη λειτουργία του.  
Β) Για την τήρηση αρχείων με όλα τα παραπάνω δεδομένα σε ηλεκτρονική ή άλλη μορφή.

Αναγνωρίζω ότι η επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα είναι απολύτως αναγκαία για τη λειτουργία του ασφαλιστηρίου συμβολαίου που αιτούμαι και ότι τυχόν ανάκλησή της στο μέλλον, θα δίνει στην εταιρεία το δικαίωμα να καταγγείλει το ασφαλιστήριο συμβόλαιο που έχει εκδοθεί με βάση αυτή, με άμεση ισχύ.

Όνοματεπώνυμο..... Υπογραφή.....

Η CROMAR αποτελείται από την Cromar Μεσίτες Ασφαλειών Μονοπρόσωπη ΑΕ (ΑΡ.ΓΕΜΗ 68768603000) και την Cromar Μονοπρόσωπη Ανώνυμη Εταιρία Ασφαλιστικής Πρακτόρευσης (ΑΡ.ΓΕΜΗ 149475603000). Η σύναψη σύμβασης με την Lloyd's Insurance Company SA γίνεται μέσω της μίας εκ των παραπάνω εταιριών της CROMAR, αναλόγως της ιδιότητας / επαγγελματικής άδειας του ασφαλιστικού διαμεσολαβητή που έρχεται σε επαφή με την CROMAR.