

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΙΑΤΡΩΝ
ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

(Να συμπληρωθεί πλήρως. Οι πληροφορίες είναι εμπιστευτικές)

I. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Όνομα:	
Ειδικότητα / Έτος:	
Διεύθυνση:	Email:
ΑΦΜ/ΔΟΥ:	Τηλ.:

II. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

- Ανεξάρτητος Ιατρός Βοηθητικό Προσωπικό: ... άτομα Μέλος Ομάδος Ιατρών
- Εργαζόμενος σε Δημόσιο Νοσοκομείο ΝΑΙ ΟΧΙ Συνεργάτης Ιδιωτικού Νοσοκομείου ΝΑΙ ΟΧΙ
- Είστε ιδιοκτήτης ή μέτοχος κλινικής, νοσοκομείου ή νοσηλευτικού ιδρύματος; ΝΑΙ ΟΧΙ
- Σας έγινε ποτέ ανάκληση επαγγελματικής αδειάς ή διαγραφή από ιατρικό σύλλογο; ΝΑΙ ΟΧΙ
- Είχατε ποτέ υποστεί πειθαρχική ποινή ή καταδικαστεί ποινικά; ΝΑΙ ΟΧΙ

Όπου ΝΑΙ στις ερωτήσεις 2, 3,4,5, αναφέρατε σχετικά:

III. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ – ΖΗΜΙΩΝ

- Έχετε ασφαλισθεί στο παρελθόν; ΝΑΙ ΟΧΙ (Αν ΝΑΙ, δηλώστε) Ασφαλιστική:
Από ... / ... / Έως ... / ... / Όριο Ασφάλισης Ημερομηνία αρχικής ασφάλισης:
- Έχουν εγερθεί αξιώσεις εναντίον σας τα τελευταία χρόνια; ΝΑΙ ΟΧΙ
- Γνωρίζετε κάποιο συμβάν που μπορεί να οδηγήσει σε αξίωση αποζημίωσης; ΝΑΙ ΟΧΙ

Όπου ΝΑΙ στις ερωτήσεις 2, 3 αναφέρατε σχετικά:

IV. ΖΗΤΟΥΜΕΝΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ

- Όριο κάλυψης (ανά Απαίτηση & ανά έτος: 500,000€ 1,000,000€ Άλλο:
- Απαλλαγή (Συμμετοχή Ασφαλισμένου): 2,500€ 5,000€ Άλλο:

Δηλώνεται πως οι παραπάνω απαντήσεις και πληροφορίες είναι αληθείς και δεν έχει συγκαλυφθεί ή σκόπιμα διατυπωθεί εσφαλμένα κάποιο ουσιώδες στοιχείο.

Ημερομηνία: / /

Όνομα-Υπογραφή