

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΙΑΤΡΩΝ
ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Να συμπληρωθεί πλήρως. Οι πληροφορίες είναι εμπιστευτικές.

I. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

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

II. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

1. Ανεξάρτητος Ιατρός Συνεργαζόμενος με ταμεία Βοηθητικό Προσωπικό: (Αριθμός ατόμων.....)
2. Εργάζεστε σε Δημόσιο Νοσοκομείο; Συνεργάτης Ιδιωτικού Νοσοκομείου;
3. Είστε ιδιοκτήτης ή μέτοχος κλινικής, νοσοκομείου ή νοσηλευτικού ιδρύματος; ΝΑΙ ΟΧΙ
4. Σας έγινε ποτέ ανάκληση επαγγελματικής αδειάς ή διαγραφή από ιατρικό σύλλογο; ΝΑΙ ΟΧΙ
5. Είχατε ποτέ υποστεί πειθαρχική ποινή ή καταδικαστεί ποινικά; ΝΑΙ ΟΧΙ

Όπου ΝΑΙ, αναφέρατε:

.....

III. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ – ΖΗΜΙΩΝ

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

Όπου ΝΑΙ, αναφέρατε:

IV. ΖΗΤΟΥΜΕΝΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ

- Όριο κάλυψης ανά Απαίτηση/ ανά έτος: 500,000€ 1,000,000€ Άλλο:
- Απαλλαγή (Συμμετοχή Ασφαλισμένου): 5,000€ 10,000€ Άλλο:

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

Ημερομηνία: / /

Όνομα-Υπογραφή