



eurosure
INSURANCE COMPANY LTD

ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΠΑΡΟΧΕΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

(Για Εσωτερική Χρήση Μόνο)						
Αρ. Λογαριασμού	Αρ. Ασφαλισμένου	U/W	Εγγυήσεις	Οπισθογραφήσεις	Άλλες Οδηγίες	Αριθμός Συμβολαίου

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΟΠΩΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΠΡΟΤΑΣΗ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΚΑΙ ΚΑΘΑΡΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΕΤΕ «✓» ΣΤΑ ΤΕΤΡΑΓΩΝΑ ΟΠΟΥ ΙΣΧΥΟΥΝ.

A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΤΕΙΝΟΝΤΑ

Πλήρες Όνομα Προτείνοντα							
Ταχυδρομική Διεύθυνση							
Περιοχή / Χωριό					Ταχυδρομική Θυρίδα		
Ταχυδρομικός Κώδικας		Πόλη			Ταχ. Κώδικας Θυρίδας		
(Ηλεκτρονική Διεύθυνση) Email					Κινητό Τηλέφωνο		
Τηλέφωνο Εργασίας		Φαξ Εργασίας			Τηλέφωνο Οικίας		
Αρ. Ταυτότητας							
Αριθμός Εγγράφου Μητρώου							
Κωδικός ΓΕΣΥ							

B. ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Από πμ/μμ/...../..... μέχρι τα μεσάνυχτα/...../.....

Έχετε άλλα Ασφαλιστήρια με την **Ασφαλιστική Εταιρεία Eurosurance**;
Εάν "ΝΑΙ", παρακαλώ όπως μας δώσετε τον αριθμό των Ασφαλιστηρίων.

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Γ. ΟΡΙΑ ΕΥΘΥΝΗΣ

		Στήλη Α Ελάχιστα Όρια Κάλυψης	Στήλη Β Ελάχιστα Όρια Κάλυψης	Στήλη Γ Όρια Κάλυψης συμπ. Νομικά Έξοδα και Κόστα
α)	Όριο Ευθύνης για κάθε Περιστατικό			
β)	Συνολικό Όριο Ευθύνης για οποιαδήποτε Περίοδο Ασφάλισης			
	Νομικά Έξοδα			

Δ. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

1. Παρακαλώ Δηλώστε την ειδικότητα σας

2. Είστε χειρουργός;

Εάν «ΝΑΙ», δώστε λεπτομέρειες για
το είδος των επεμβάσεων που
ενεργείτε

3. Δηλώστε τις Ετήσιες ακάθαρτες
Απολαβές σας

4. Παρακαλώ δηλώστε περίπου το ποσοστό των εργασιών σας στις πιο κάτω κατηγορίες και δηλώστε
κατά πόσο είστε εργοδοτούμενος ή αυτοεργοδοτούμενος

A. Ιδιωτική Άσκηση Ασφαλισμένου

B. Δημόσια Νοσοκομεία / Κλινικές

Γ. Ιδιωτικά Χειρουργικά Νοσοκομεία, Κλινικές

Δ. Ιδιωτικές Μη-Χειρουργικές Κλινικές

Ε. Κλινικές Ασθενών

ΣΤ Άλλα (Παρακαλώ Δηλώστε)

5. Παρακαλώ δηλώστε τα στοιχεία όλων των Συνεργατών και Διευθυντών

Όνομα	Ηλικία	Αριθμός Ετών σχετικής εμπειρίας

6. Παρακαλώ δηλώστε τον Αριθμό Εργοδοτούμενων καθώς επίσης και την περιγραφή των
καθηκόντων τους

Αριθμός Εργοδοτούμενων		Καθήκοντα
<u>Πλήρης Απασχόλησης</u>	<u>Μερικής Απασχόλησης</u>	

7. Ο Προτείνων ή μέλος του προσωπικού που ασχολείται με την περίθαλψη των ασθενών έχει καταδικαστεί για :

Οποιοδήποτε ποινικό παράπτωμα;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Εάν «ΝΑΙ», δώστε λεπτομέρειες

8. Είστε μέλος κάποιου επαγγελματικού οργανισμού ή αυτορρυθμιζόμενου;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Εάν «ΝΑΙ», δώστε λεπτομέρειες

9. Έχει η συνδρομή σας σε αυτό τον οργανισμό ή σώμα ανασταλεί, αποσυρθεί, τροποποιηθεί ή αποσυρθεί ή εκδοθεί με ειδικούς όρους;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Εάν «ΝΑΙ», δώστε λεπτομέρειες

10. Είχατε προηγουμένως εργαστεί με διαφορετικό όνομα;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Εάν «ΝΑΙ» δώστε λεπτομέρειες

11. Είχατε ποτέ συμβόλαιο Επαγγελματικής Ευθύνης;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Εάν «ΝΑΙ», δώστε λεπτομέρειες

12. Έχετε κατά τη διάρκεια των τελευταίων δέκα ετών κατηγορηθεί ή καταδικαστεί, ή σας έχει γίνει οποιαδήποτε παρατήρηση ή υπόδειξη σε σχέση με οποιαδήποτε παράβαση οποιουδήποτε νόμου ή κανονισμού σε σχέση με την άσκηση στο επάγγελμα σας;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Εάν «ΝΑΙ», δώστε λεπτομέρειες

13. Συμπληρώστε τα Ακαδημαϊκά σας Προσόντα

14. Δηλώστε τα στοιχεία της επαγγελματικής εγγραφής σας

Σώμα Αδειοδότησης Licensing

Αριθμός Εγγραφής

Ημερομηνία Εγγραφής

Είδος Εγγραφής

Πρώτη Ημερομηνία Εγγραφής

Ε. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΚΑΙ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ**Ι) ΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ**

- 1 α) Διατηρείτε τώρα σε ισχύ ασφαλιστική κάλυψη Επαγγελματικής Ευθύνης ή είχατε ποτέ στο παρελθόν τέτοια ασφάλεια
Εάν «ΝΑΙ», δώστε την Περίοδο κάλυψης και αναφέρετε το όνομα της Ασφαλιστικής Εταιρείας

Ασφαλιστικής Εταιρείας	Από	Μέχρι

- β) Έχει οποιαδήποτε Ασφαλιστική Εταιρεία ή οποιοσδήποτε Ασφαλιστής σε σχέση με την ασφάλιση αυτή

i) Απορρίπτει οποιαδήποτε πρόταση για ασφάλεια; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Εάν «ΝΑΙ», δώστε λεπτομέρειες

ii) Απαιτήσει αυξημένο ασφάλιστρο ή επιβάλει ειδικούς όρους; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Εάν «ΝΑΙ», δώστε λεπτομέρειες

iii) Ακυρώσει ή αρνηθεί να ανανεώσει οποιοδήποτε Ασφαλιστήριο; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Εάν «ΝΑΙ», δώστε λεπτομέρειες

- γ) Γνωρίζετε οποιαδήποτε περιστατικά ή παράπονα για τα οποία μπορεί να εγερθούν απαιτήσεις;

Εάν «ΝΑΙ», δώστε λεπτομέρειες

ΙΙ) ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ

Δηλώστε τον αριθμό των Απαιτήσεων που έγιναν εναντίον του Προτείνοντα κατά τη διάρκεια των δέκατελευταίων ετών

Έτος	Ημερομηνία Συμβάντος	Ημερομηνία Απαίτησης	ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ			
			ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΔΙΕΥΘΕΤΗΘΕΙ		ΠΟΥ ΕΚΚΡΕΜΟΥΝ	
			Αριθμός Απαιτήσεων	Ποσό που Καταβλήθηκε €	Αριθμός Απαιτήσεων	Υπολογιζόμενο Κόστος €
20						
20						
20						
20						
20						
20						
20						
20						
20						
20						

ΕΞΟΦΛΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ

Επιθυμώ όπως το ετήσιο ασφάλιστρο μου εξοφλείται ως ακολούθως (επιλέξετε με ✓ ή X όποια επιλογή ισχύει)

☐ Εξόφληση σε ΜΙΑ (1) Δόση

☐ Εξόφληση σε:

☐ ΔΥΟ (2)

☐ ΤΡΕΙΣ (3)

☐ ΤΕΣΣΕΡΙΣ (4)

συνεχόμενες μηνιαίες Δόσεις (εφάπαξ επιβάρυνση €1,00 για κάθε Δόση)

Σημείωση: Σε όλες τις περιπτώσεις, η 1^η Δόση είναι πληρωτέα πριν ή κατά την ημερομηνία έναρξης της Περιόδου Ασφάλισης

☐ Τραπεζική Εντολή Άμεσης Χρέωσης

Επιθυμώ όπως η εξόφληση των δόσεων του συμβολαίου μου γίνει μέσω Τραπεζικής Εντολής Άμεσης Χρέωσης (Direct Debit), και σχετικά επισυνάπτω υπογραμμένη τη σχετική Εντολή

Σημείωση: Σε ασφαλιστήρια μειωμένης χρονικής διάρκειας, δεν μπορούν να προσφερθούν διευκολύνσεις πληρωμής

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΚΑΙ ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της Πρότασης που μαζί αποτελούν την Βάση του Ασφαλιστηρίου που μπορεί να εκδοθεί .

(Όλες οι αναφορές στον ενικό, επίσης, σημαίνουν τον πληθυντικό, εκτός εάν το κείμενο απαιτεί διαφορετικά)

Δηλώνω ότι οι απαντήσεις και πληροφορίες που δόθηκαν σε αυτή την Πρόταση Ασφάλισης είναι ορθές και ότι δεν έχω αποκρύψει ουσιώδεις πληροφορίες σχετικά με αυτή την Πρόταση. Συμφωνώ όπως η παρούσα Δήλωση καθώς και οι απαντήσεις και πληροφορίες που δόθηκαν πιο πάνω, καθώς και οποιαδήποτε άλλη πληροφορία ή δήλωση ή αναφορά που έγινε από εμένα ή από οποιονδήποτε που ενεργεί εκ μέρους μου θα αποτελούν τη βάση του Ασφαλιστηρίου που μπορεί να εκδοθεί εκ μέρους μου από την Eurosurance Insurance Company Ltd (πιο κάτω ως η Ασφαλιστική Εταιρεία Eurosurance ή η Εταιρεία) και συμφωνώ περαιτέρω ότι θα δεχθώ αποζημίωση τηρουμένων των όρων και Προϋποθέσεων που θα περιέχονται μέσα στο και/ή που οπισθογραφούνται στο Ασφαλιστήριο που θα εκδοθεί.

Δηλώνω ότι οποιοσδήποτε Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής ή άλλος Εκπρόσωπος ή Υπάλληλος της Ασφαλιστικής Εταιρείας Eurosurance ο οποίος με βοήθησε στην συμπλήρωση της Πρότασης Ασφάλισης και/ή συμπλήρωσε την Πρόταση Ασφάλισης ή οποιονδήποτε άλλο Έντυπο εκ μέρους μου και/ή με βοήθησε για την παροχή οποιωνδήποτε πληροφοριών στην Εταιρεία με σκοπό την παροχή προσφοράς και/ή ασφαλιστικής κάλυψης σε μένα, ενεργεί εκ μέρους μου.

Δηλώνω ότι οι καλύψεις που θα προσφέρονται καθώς και οι υποχρεώσεις και ευθύνες μου κάτω από το σχετικό Ασφαλιστήριο έχουν εξηγηθεί πλήρως σε μένα από τον πιο κάτω κατονομαζόμενο Ασφαλιστικό Διαμεσολαβητή ή από Εκπρόσωπο ή Υπάλληλο της Ασφαλιστικής Εταιρείας Eurosurance και ικανοποιούν πλήρως τις ασφαλιστικές μου ανάγκες σχετικά με το αντικείμενο της ασφάλισης.

Δηλώνω ότι αντιλαμβάνομαι πως η Ασφαλιστική Εταιρεία Eurosurance δεν είναι υποχρεωμένη να αποδεχτεί και να παρέχει οποιαδήποτε Ασφαλιστική Κάλυψη με βάση την παρούσα Πρόταση και οποιαδήποτε Ασφαλιστική Κάλυψη θα είναι σε ισχύ μόνο μετά από την γραπτή αποδοχή και επιβεβαίωση από την Εταιρεία.

Αναγνωρίζω ότι με βάση τις πρόνοιες του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (ΓΚΠΔ) (ΕΕ) 2016/679 ή οποιονδήποτε άλλο Νόμο ή άλλο κανονισμό που τον τροποποιεί ή τον αντικαθιστά, η Ασφαλιστική Εταιρεία Eurosurance, σαν υπεύθυνο επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα κατά την έννοια του ΓΚΠΔ, μπορεί να συλλέγει και να επεξεργάζεται προσωπικά δεδομένα για τον αποκλειστικό σκοπό της παροχής των υπηρεσιών που ζητώ από την Εταιρεία. Η Ασφαλιστική Εταιρεία Eurosurance μπορεί να μεταβιβάσει/επεξεργαστεί τα προσωπικά μου δεδομένα σε τρίτους στο βαθμό που αυτό απαιτείται για την εκτέλεση σύμβασης, λόγω νομικών υποχρεώσεων και έννομου συμφέροντος.

Δηλώνω ότι αντιλαμβάνομαι πως τα πιο πάνω αναφερόμενα προσωπικά, εμπιστευτικά ή ευαίσθητα στοιχεία που έχουν δοθεί ή θα δοθούν στο μέλλον στην Εταιρεία από εμένα/εμάς ή έχουν εξασφαλιστεί από τρίτους ή έχουν εξαχθεί από άλλες ασφάλειες, άλλες Εταιρείες ή άλλες πληροφορίες με σκοπό την παροχή υπηρεσιών σε εμένα/εμάς μπορεί να δοθούν σε Τρίτους, άλλους ασφαλιστές, ασφαλιστικούς και αντασφαλιστικούς διαμεσολαβητές όπως εκπαιδευτές, νομικοί σύμβουλοι, γιατροί, ασφαλιστικοί σύμβουλοι, ελεγκτές, αντασφαλιστές με σκοπό την παροχή σ' εμένα της υπηρεσίας και την εκπλήρωση των απορροέντων καθηκόντων.

Συγκατάθεση - Ευαίσθητα Προσωπικά Δεδομένα

Σύμφωνα με τις υποδείξεις των άρθρων 5,6,7 και 9 του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων, δηλώνω ότι αντιλαμβάνομαι ότι η Ασφαλιστική Εταιρεία Eurosurance επιβάλλεται να συλλέγει, ν' αξιολογεί και να επεξεργάζεται προσωπικά δεδομένα, τα οποία αφορούν θέματα υγείας, ώστε να προχωρήσει στην εκπόνηση του κατάλληλου προγράμματος ασφάλισης. Η αξιολόγηση των προσωπικών δεδομένων μου τέτοιου χαρακτήρα θα επιτρέψει στην Ασφαλιστική Εταιρεία Eurosurance τόσο την αποδοχή ή όχι της αίτησης ασφάλισης όσο και τον υπολογισμό του ασφάλιστρου, που αναλογεί στον αναλαμβανόμενο κίνδυνο.

Δηλώνω ότι αντιλαμβάνομαι ότι, για την ομαλή λειτουργία της ασφαλιστικής σύμβασης τόσο κατά το στάδιο της εκτίμησης του κινδύνου αλλά και κυρίως κατά την επέλευση του ασφαλιστικού γεγονότος, η συγκατάθεσή μου καλύπτει τόσο τη λήψη όσο και τη διαβίβαση ευαίσθητων δεδομένων από και προς τρίτους (όπως Ασφαλιστικά Ταμεία, Νοσοκομεία, Διαγνωστικά Κέντρα, κ.λπ.).

Τα προσωπικά δεδομένα μου θα αρχειοθετούνται για το ελάχιστο χρονικό διάστημα, που απαιτείται σύμφωνα με τις συμβατικές ή νομικές υποχρεώσεις της εταιρείας.

Αντιλαμβάνομαι πως στην περίπτωση κατά την οποία δεν επιθυμώ να συγκατατεθώ στην επεξεργασία των ειδικών προσωπικών δεδομένων μου, που αφορούν θέματα υγείας, η ασφαλιστική εταιρεία μπορεί να απορρίψει την αίτηση για ασφάλιση. Έχω το δικαίωμα να ανακαλέσω τη συγκατάθεσή μου ανά πάσα στιγμή επικοινωνώντας γραπτώς με τον υπεύθυνο προστασίας δεδομένων της Εταιρείας στην ταχυδρομική διεύθυνση της Εταιρείας ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση dro@eurosurance.com

Δήλωση Συγκατάθεσης

☐ Συγκατατίθεμαι όπως η Eurosurance Insurance Company Ltd επεξεργαστεί τα ειδικού τύπου προσωπικά δεδομένα μου με σκοπό την παροχή ασφαλιστικών υπηρεσιών

Υπογραφή Προτείνοντα		Ημερομηνία	
Υπογραφή Προτείνοντα		Ημερομηνία	
Όνομα Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή		Υπογραφή Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή	
Υπογραφή Προτείνοντα		Ημερομηνία	
Το Έντυπο αυτό δεν δεσμεύει την Εταιρεία να εκδόσει οποιοδήποτε Ασφαλιστήριο ή Κάλυψη			