

ΚΛΑΔΟΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ
ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΙΑΤΡΟΥ

ΠΡΑΚΤΟΡΕΙΟ : _____

1. Ονοματεπώνυμο Ασφαλιζόμενου: _____

2. Πατρώνυμο: _____

3. Α.Φ.Μ. _____ Δ.Ο.Υ. _____

5. Διεύθυνση

α. Αλληλογραφίας

Οδός _____ αρ. _____ Πόλη _____ Τ.Κ. _____

β. Ιατρείου

Οδός _____ αρ. _____ Πόλη _____ Τ.Κ. _____

6. Τηλέφωνο _____ Φαξ _____

7. Έτος Γέννησης _____ Έτος Αποφοίτησης _____

8. Σχολή Αποφοίτησης _____

9. Ειδικότητα _____

Εκτελείτε χειρουργικές επεμβάσεις : _____

Αν ναι, τι είδους επεμβάσεις; _____

10. Κλινικές ή νοσοκομεία στα οποία

α. Εργασθήκατε _____

β. Εργάζεσθε _____

11. Χειρίζεσθε μηχανήματα ακτινοδιάγνωσης ή ακτινοθεραπείας (laser, ακτίνες Χ, κλπ).

Εάν ναι, σας παρακαλούμε να δηλώσετε αριθμό και τύπο των μηχανημάτων καθώς επίσης εάν τα χρησιμοποιείτε μόνο για διαγνωστικούς ή μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς ή και για τους δύο.

Όρια Ευθύνης

Σωματικές Βλάβες / Θάνατος τρίτων
* για μεμονωμένο ατύχημα

€ _____

* Ανώτατο Όριο Ευθύνης
για όλη την ασφαλιστική διάρκεια

€ _____

11. Τι άλλα ασφαλιστήρια συμβόλαια έχετε σε ισχύ με την Εταιρία μας ; _____

12. Σε ποια/ποιες Εταιρίες ήσαστε ασφαλισμένος μέχρι σήμερα; _____

13. Έχει εγερθεί απαίτηση εναντίον σας τα τελευταία 3 χρόνια;
Εάν ναι, αναφέρατε λεπτομέρειες: _____

14. Διάρκεια Ασφάλισης: Από _____ Μέχρι _____

ORFANOS INSURANCE

WWW. ORFANOSINSURANCE. GR

Ημερομηνία _____ Υπογραφή Αιτούντος _____