

**ΚΛΑΔΟΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ
ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ**

ΠΡΑΚΤΟΡΕΙΟ : _____

1. Ονοματεπώνυμο ιδιοκτήτη φαρμακείου :

2. Ονοματεπώνυμο ασφαλιζόμενου :

3. Πατρώνυμο : _____

4. Α.Φ.Μ.: _____ Δ.Ο.Υ.: _____

5. Διεύθυνση Αλληλογραφίας :

οδός _____ αρ. _____ Τ.Κ. _____ πόλη _____

6. Τηλέφωνο : _____ FAX : _____

7. Διεύθυνση Φαρμακείου :

οδός _____ αρ. _____ Τ.Κ. _____ πόλη _____

8. Αριθμός διπλωματούχων φαρμακοποιών που απασχολούνται στο φαρμακείο : _____

9. Αριθμός βοηθών φαρμακοποιών (να διευκρινισθεί αν αυτοί διαθέτουν δίπλωμα φαρμακοποιού ή όχι) :

10. Αριθμός πωλητών: _____

11. Ποιες άλλες υπηρεσίες παρέχονται από το φαρμακείο ; (Είναι συμβεβλημένο με το ΙΚΑ ή με άλλον φορέα ; Διαθέτει καλλυντικά ; Έχει τμήμα οπτικών ; κλπ.)

12. Προϋπολογιζόμενος Ετήσιος Κύκλος Εργασιών € _____

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

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

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

Όρια Ευθύνης

Σωματικές Βλάβες / Θάνατος για μεμονωμένο ατύχημα € _____

Σωματικές Βλάβες / Θάνατος για ομαδικό ατύχημα € _____

Ανώτατο Όριο Ευθύνης για όλη την ασφαλιστική διάρκεια € _____

16. Διάρκεια Ασφάλισης :Από : _____ Μέχρι : _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : _____ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ : _____

ORFANOS INSURANCE
WWW. ORFANOSINSURANCE. GR