

ΤΟΜΕΑΣ ΑΝΑΛΗΨΕΩΝ ΛΟΙΠΩΝ ΓΕΝΙΚΩΝ ΚΛΑΔΩΝ

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ
(ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ, ΚΛΙΝΙΚΕΣ, ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ κ.ά.)**

ΠΑΡΑΓΩΓΟΣ: _____ E-MAIL: _____
ΚΩΔ.ΠΑΡΑΓ.: _____ ΚΩΔ. ΕΙΣΠΡ.: _____ ΤΗΛ.: _____
ΥΠΟΚ/ΜΑ: _____ FAX: _____

1. Επωνυμία & Διεύθυνση της ενδιαφερόμενης προς ασφάλιση επιχείρησης. ΑΦΜ/ΔΟΥ _____

2. Ημερομηνία ίδρυσης _____

3. Ετήσιος Κύκλος Εργασιών προηγούμενου έτους και πρόβλεψη τρέχοντος έτους:.

€ _____

€ _____

4. Πλήρης περιγραφή δραστηριοτήτων της επιχείρησης. _____

5. Αναφέρατε αν κατά τη διάρκεια των τελευταίων πέντε ετών άλλαξε η επωνυμία της επιχείρησης, αν εξαγοράστηκε κάποια άλλη επιχείρηση ή αν συγχωνεύθηκε / συνενώθηκε με κάποια άλλη. Αν ναι, παρακαλούμε δώσατε λεπτομέρειες _____

6. Αναφέρατε συνολικά αριθμό:

Α) Μονίμων/Εμμισθων ιατρών ανά ειδικότητα*

Ειδικότητα	Άτομα

* Παρακαλούμε επισυνάψτε κατάσταση με τα ονόματα και τις αντίστοιχες ειδικότητες.

Β) Συνεργαζόμενων ιατρών ανά ειδικότητα*

Ειδικότητα	Άτομα

* Παρακαλούμε επισυνάψτε κατάσταση με τα ονόματα και τις αντίστοιχες ειδικότητες.

Παρακαλούμε πληροφορήστε μας αν οι συνεργαζόμενοι ιατροί υποχρεούνται να φέρουν Συμβόλαιο Ασφάλισης Αστικής Ευθύνης και με τι όριο.

Γ) Λοιπού προσωπικού (παραϊατρικού, νοσηλευτικού, διοικητικού, βοηθητικού).

Ειδικότητα	Άτομα

Δ) Έκταση (τ.μ.) των εγκαταστάσεων

Ε) Κλινών

7. Υπήρχε ανάλογη ασφάλιση στο παρελθόν; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

8. Αν ναι, αναφέρατε την Ασφαλιστική Εταιρία και την διάρκεια της ασφάλισης που είχε συναφθεί για τις εν λόγω εγκαταστάσεις.

9. Επιθυμείτε κάλυψη ΕΡΓΟΔΟΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

10. Αναφέρατε τα μέτρα προστασίας και πρόληψης που χρησιμοποιείτε

11. Περιγράψτε τα μέτρα φύλαξης και πυροπροστασίας που λαμβάνετε

12. Υπάρχουν γνωστές ζημιές ή/και απαιτήσεις ή/και συμβάντα κατά τα τελευταία 5 έτη που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε αξίωση αποζημίωσης μέχρι σήμερα; Αν ναι, απαραιτήτως αναφέρετε αναλυτικά

13. Όρια κάλυψης:

Α. Γενικής Αστικής Ευθύνης χώρου.

ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ	A	B	Γ	Δ	Προτεινόμενα
Κατ' άτομο	50.000	100.000	150.000	200.000	
Κατά γεγονός	100.000	200.000	300.000	400.000	
ΥΛΙΚΕΣ ΖΗΜΙΕΣ					
Κατά γεγονός	50.000	100.000	150.000	200.000	
ΑΝΩΤΑΤΟ ΟΡΙΟ ΕΥΘΥΝΗΣ ΓΙΑ ΟΛΗ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΣ	150.000	300.000	450.000	600.000	

Β. Εργοδοτικής Ευθύνης.

ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ	A	B	Γ	Δ	Προτεινόμενα
Κατ' άτομο	50.000	100.000	150.000	200.000	
Κατά γεγονός	100.000	200.000	300.000	400.000	
ΑΝΩΤΑΤΟ ΟΡΙΟ ΕΥΘΥΝΗΣ ΓΙΑ ΟΛΗ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΣ	150.000	300.000	450.000	600.000	

Γ. Επαγγελματικής Ευθύνης.

ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ/ ΥΛΙΚΕΣ ΖΗΜΙΕΣ	A	B	Γ	Δ	Ε	ΣΤ
Κατά γεγονός	150.000	300.000	450.000	600.000	800.000	1.000.000
ΑΝΩΤΑΤΟ ΟΡΙΟ ΕΥΘΥΝΗΣ ΓΙΑ ΟΛΗ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΣ	150.000	300.000	450.000	600.000	800.000	1.000.000

ΧΡΟΝΟΣ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ – ΕΝΑΡΞΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ

Σύμφωνα με το άρθρο 146 παρ.1 του Ν. 4364/2016 η ασφαλιστική κάλυψη αρχίζει μόνο με την καταβολή ολόκληρου του οφειλόμενου ασφαλιστρού ή της πρώτης δόσης της τμηματικής καταβολής, πριν από την οποία απαγορεύεται η παράδοση του συμβολαίου στον ασφαλισμένο ή τον λήπτη της ασφάλισης.

ΠΡΟΣΥΜΒΑΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΛΗΠΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ/ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟ (άρθρο 150 ν.4364/2016)

Η επωνυμία της Εταιρίας είναι: ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ «Η ΕΘΝΙΚΗ».

Η έδρα της Εταιρίας είναι: ΛΕΩΦ. ΣΥΓΓΡΟΥ 103-105, 117 45, ΑΘΗΝΑ, ΤΗΛ. +30 213 0318189 ή 18 18 9, ΦΑΞ +30 210 9099111, www.ethniki-asfalistikiki.gr.

Εφαρμοστέο δίκαιο είναι το ελληνικό, ισχύουσα γλώσσα η Ελληνική, αρμόδια δικαστήρια για την επίλυση κάθε διαφοράς είναι τα δικαστήρια της πόλης των Αθηνών.

Η επικοινωνία της Εταιρίας με τον λήπτη της ασφάλισης/ασφαλισμένο ή τον δικαιούχο αποζημίωσης μπορεί να γίνεται είτε με επιστολή στην διεύθυνση που έχει δηλωθεί απ' αυτούς, και η οποία αναφέρεται στο ασφαλιστήριο, είτε με ηλεκτρονική αλληλογραφία (e-mail) ή τηλεομοιοτυπία ή με αποστολή μηνύματος σε συσκευή κινητής τηλεφωνίας, στα στοιχεία επικοινωνίας που οι τελευταίοι έχουν δηλώσει εγγράφως ή με νόμιμα ηχογραφημένη συνομιλία ότι επιθυμούν μέσω αυτών να συναλλάσσονται με την Εταιρία.

ΤΡΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΙΤΙΑΣΕΩΝ*

- στην Υποδιεύθυνση Διαχείρισης Αιτιάσεων & Παραπόνων της Εταιρίας, Λεωφ. Συγγρού 103-105, 117 45 Αθήνα, τηλ. +30 210 9099777, fax +30 210 9099846, email: parapona@insurance.nbg.gr. Ο συνήθης χρόνος ανταπόκρισης

στις έγγραφες αιτιάσεις είναι (15) εργάσιμες ημέρες από την ημερομηνία υποβολής της αιτίας, ενώ σε καμία περίπτωση ο χρόνος απάντησης δε μπορεί να υπερβαίνει τις (50) ημερολογιακές ημέρες από την ημερομηνία υποβολής αυτής,

- σε αρμόδιες Αρχές όπως ενδεικτικά Συνήγορο Καταναλωτή και Γεν. Γραμμ. Καταναλωτή μέσα στις εκάστοτε ισχύουσες προθεσμίες.

Επισημαίνεται ότι η προσφυγή στα ως άνω όργανα δε διακόπτει την παραγραφή των εννόμων αξιώσεων, ενώ σε κάθε περίπτωση έχετε δικαίωμα να προσφύγετε στη δικαιοσύνη.

ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Ενημερώθηκα από τον «Υπεύθυνο Επεξεργασίας Α.Ε.Ε.Γ.Α. Η ΕΘΝΙΚΗ» και συγκατατίθεμαι ειδικώς και ελευθέρως στην εκ μέρους της Εταιρίας, συλλογή, τήρηση σε αρχείο και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων, υπό τους όρους και τις προϋποθέσεις του Ν. 2472/1997, όπως ισχύει έως σήμερα, με σκοπό την υποστήριξη, προώθηση και εκτέλεση της συναλλακτικής μας σχέσης, των οποίων αποδέκτες ή/και εκτελούντες την επεξεργασία θα είναι οι συνεργαζόμενες εταιρίες φύλαξης και διαχείρισης αρχείων, συνεργαζόμενοι με την Εταιρία ασφαλιστικοί διαμεσολαβητές, εισπράκτορες ή εταιρίες είσπραξης ασφαλιστρών, εταιρίες ενημέρωσης οφειλετών, συνεργαζόμενες εταιρίες ερευνών και εταιρίες προωθητικών ενεργειών με σκοπό τη διεξαγωγή ερευνών για τις προτιμήσεις και ανάγκες του καταναλωτικού κοινού και τη διενέργεια προωθητικών ενεργειών για λογαριασμό της Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ», συνεργαζόμενες εταιρίες παροχής υπηρεσιών εκτύπωσης, οργάνωσης και παράδοσης των εντύπων, συνεργαζόμενες εταιρίες πληροφορικής, πραγματογνώμονες/εμπειρογνώμονες, ιατροί, αντασφαλιστές, καθώς και άλλες ασφαλιστικές εταιρίες, δικαστικές, δημόσιες και ανεξάρτητες αρχές, ανεξάρτητες ελεγκτικές εταιρίες κατόπιν νόμιμου αιτήματός τους.

Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώνω άμεσα την ασφαλιστική εταιρία για τυχόν μεταβολή των δηλωθέντων προσωπικών μου δεδομένων.

Τέλος, δηλώνω ότι έλαβα γνώση ότι δύναμαι να ασκήσω, εφόσον το επιθυμώ, σύμφωνα με τα άρθρα 12 και 13 του Ν. 2472/1997 **το δικαίωμα μου πρόσβασης και αντίρρησης** σχετικά με τα προσωπικά δεδομένα που με αφορούν και τα οποία αποτελούν αντικείμενο επεξεργασίας, απευθυνόμενος εγγράφως προς την: Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ», Κανονιστική Συμμόρφωση (Λεωφ. Συγγρού 103-105, 117 45 Αθήνα, τηλ 18 18 9 ή +30 213 0318189, fax: +30 210 9092062 ηλεκτρονική διεύθυνση: compliance@insurance.nbg.gr)

Τέλος, εφόσον δε σημειώνεται η αρνητική επιλογή στο τέλος της παραγράφου αυτής του παρόντος κειμένου, παρέχω τη συγκατάθεσή μου ειδικώς και ελευθέρως στην Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» να χρησιμοποιήσει τα προαναφερόμενα δεδομένα μου, πλην των ευαίσθητων, η ίδια ή άλλες εταιρίες που ανήκουν στον Όμιλο της ή στον όμιλο στον οποίο ανήκει, με σκοπό α) την ενημέρωσή μου και αποστολή διαφημιστικού υλικού, με έντυπη μορφή ή με οποιοδήποτε άλλο μέσο ηλεκτρονικής επικοινωνίας (σύμφωνα με το Ν. 2251/1994 όπως αυτός τροποποιήθηκε με το Ν. 3587/2007 σε συνδυασμό με το άρθρο ΙΙ του Ν. 3471/2006) για προϊόντα ή υπηρεσίες της Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» ή άλλων εταιρειών που ανήκουν στον ίδιο Όμιλο καθώς και β) για προωθητικές ενέργειες και έρευνες ικανοποίησης πελατών που θα διενεργούν οι ίδιες ή τρίτοι για λογαριασμό τους.

ΔΕΝ ΠΑΡΕΧΩ ΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΜΟΥ ☐

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Τα ανωτέρω στοιχεία είναι αληθινά, ακριβή και έχουν καταχωρηθεί σωστά, δηλώνω δε υπεύθυνα ότι δεν απέκρυψα, αποσιώπησα ή παρέλειψα κανένα ουσιώδες στοιχείο απ' όσα χρειάζεται η Εταιρία για να κάνει ακριβή εκτίμηση του κινδύνου που αναλαμβάνει. Επίσης δέχομαι ότι η κατάσταση της παρούσας αίτησης αποτελεί και τη βάση του ασφαλιστηρίου που θα εκδοθεί από την Ασφαλιστική Εταιρία.

Επίσης δηλώνω υπεύθυνα ότι αποδέχομαι πως κάθε ψευδής δήλωσή μου και κάθε απόκρυψη γνωστών σ' εμένα στοιχείων σχετικά με τον καλυπτόμενο κίνδυνο αποτελεί ουσιώδη λόγο για καταγγελία από την Ασφαλιστική Εταιρία (Άρθρο 3 Ν. 2496/97).

Συνομολογώ τέλος ότι παρέλαβα και μελέτησα τους Όρους Ασφάλισης, τους οποίους και αποδέχομαι καθώς και τις πληροφορίες (προσυμβατική ενημέρωση), που προβλέπονται στο άρθρο 150 του Ν. 4364/2016.

Η υπογραφή του παρόντος ερωτηματολογίου δεν δεσμεύει τον προτείνοντα την ασφάλιση ή τον ασφαλιστή για την ολοκλήρωση και τελική αποδοχή της ασφαλίσεως.

Ο ΠΡΟΤΕΙΝΩΝ ΚΑΙ ΥΠΕΥΘΥΝΩΣ ΔΗΛΩΝ

Ημερομηνία _____ Για και εκ μέρους της _____
(επωνυμία της επιχείρησης)

Υπογραφή Εταίρου ή Διευθυντού _____