

# ΠΟΙΝΙΚΗ ΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ

## Ιατρού - Φαρμακοποιού χωρίς εξαρτημένη σχέση εργασίας (ΔΠ138)

Ασφαλιστική κάλυψη παρέχεται στον ασφαλισμένο που αναγράφεται στο ασφαλιστήριο, για την επαγγελματική δραστηριότητα του ιατρού χωρίς εξαρτημένη σχέση εργασίας που ασκείται στη διεύθυνση που αναγράφεται σε αυτό και την οποία ασκεί νόμιμα.

### Η Ασφαλιστική Προστασία παρέχεται για τις εξής περιπτώσεις:

- ✓ Ποινική Υπεράσπιση
- ✓ Υποβολή Μήνυσης
- ✓ Διαφορές από ασφαλιστήρια
- ✓ Προσεπικλήση της Ασφαλιστικής Εταιρίας Επαγγελματικής Ευθύνης

### Έκταση Ασφαλιστικής Κάλυψης:

Η ασφαλιστική κάλυψη ισχύει στην Ελλάδα και εφόσον συντρέχει αρμοδιότητα Ελληνικών δικαστηρίων και παρέχεται για ασφαλιστικές περιπτώσεις που γεννήθηκαν μετά την έναρξη και κατά τη διάρκεια της ασφάλισης.

### Ασφαλιστικό Ποσό Κάλυψης:

26.000€ ανά περίπτωση

### Ετήσια Μικτά Ασφάλιστρα (σε €):

ΚΩΔΙΚΟΣ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ
ΔΠ 138	Ιατρός – Φαρμακοποιός χωρίς εξαρτημένη σχέση εργασίας	70,20€

### ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ Νομικής Προστασίας

### ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ >

### ΚΩΔΙΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ >

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ			
Όνοματεπώνυμο			
Διεύθυνση (Οδός, Αριθμός, Τ.Κ., Πόλη)			
Τηλέφωνα (Σταθερό, Κινητό)			
E-mail			
Επάγγελμα			
Α.Φ.Μ.			
Διάρκεια Ασφάλισης	Ημ/νία Έναρξης:	Ημ/νία Λήξης:	
Τρόπος Πληρωμής	Τρίμηνο <input type="checkbox"/>	Εξάμηνο <input type="checkbox"/>	Ετήσιο <input type="checkbox"/>

Δηλώνεται και βεβαιούται ότι τα ανωτέρω στοιχεία είναι ακριβή και δεν αποσιωπήθηκε κανένα γεγονός ή στοιχείο που να μπορεί να επηρεάσει την αξιολόγηση του κινδύνου. Με βάση τα ανωτέρω δηλούμενα στοιχεία η Εταιρία μπορεί να αποδεχθεί ή όχι τον κίνδυνο. Σε περίπτωση αποδοχής του προτεινόμενου κινδύνου η παρούσα πρόταση ασφάλισης θεωρείται αναπόσπαστο μέρος του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου. Γνωρίζω ότι στην ασφάλιση αυτή ισχύουν οι Γενικοί και Ειδικοί Όροι που μου παραδόθηκαν αλλά και των οποίων έλαβα γνώση διαβάζοντάς τους στην ιστοσελίδα της εταιρίας σας. Στους Όρους αυτούς περιλαμβάνονται και Εξαιρέσεις τις οποίες και αποδέχομαι. Με την παρούσα υποβάλλω αίτηση ασφάλισης που θα περιλαμβάνει όλους τους ανωτέρω Γενικούς και Ειδικούς Όρους ασφάλισης. Ανέγνωσα και ενημερώθηκα από το έντυπο «Ενημέρωση για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και ειδικής κατηγορίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα» που βρίσκεται στην ιστοσελίδα σας για το πλαίσιο που διέπει την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων που πραγματοποιεί η Εταιρία και για τα δικαιώματα που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων (πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού του σκοπού, φορητότητας και εναντίωσης) και παρέχω τη συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία τους.

ο Αιτών	Ο Συνεργάτης		Ο Άμεσος Διανομέας	
	Επωνυμία	Α.Φ.Μ.	Επωνυμία	Α.Φ.Μ.
		Α.Ε.Μ		Α.Ε.Μ
Υπογραφή, Ημερομηνία & Τόπος	(Κωδικός, Σφραγίδα, Υπογραφή)		(Κωδικός, Σφραγίδα, Υπογραφή)	