

ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ
ΙΑΤΡΟΙ

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ημ. υποβολής Ημ. έναρξης Ημ. λήξης

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΕΛΑΤΗ

Ασφαλιζόμενος

Επώνυμο Όνομα Πατρώνυμο ή Συζύγου
Επάγγελμα Τηλέφωνο Α.Φ.Μ. ή Αρ. Ταυτότητας Δ.Ο.Υ.
Διεύθυνση (Οδός, Αριθμός, Πόλη/Χωριό) Ταχ. Κωδ
Διεύθυνση ηλεκτρονικής αλληλογραφίας (e-mail)

Τοποθεσία Κινδύνου

Διεύθυνση (Οδός, Αριθμός, Πόλη/Χωριό) Ταχ. Κωδ

Λήπτης Ασφάλισης

Ίδιος με Ασφαλιζόμενο Διαφορετικός από τον Ασφαλιζόμενο, παρακαλώ συμπληρώστε στοιχεία

Επώνυμο Όνομα Πατρώνυμο ή Συζύγου
Επάγγελμα Τηλέφωνο Α.Φ.Μ. ή Αρ. Ταυτότητας Δ.Ο.Υ.
Διεύθυνση (Οδός, Αριθμός, Πόλη/Χωριό) Ταχ. Κωδ
Διεύθυνση ηλεκτρονικής αλληλογραφίας (e-mail)

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

Κωδικός εισπραξης Μέθοδος πληρωμής Αριθμός δόσεων

ΣΥΝΤΟΜΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΙΑΤΡΟΥ

Ημερομηνία γεννησης Ειδικότητα Χειρουργός
Σπουδές Μετεκπαίδευση / Εξειδίκευση Έτη εμπειρίας
Ημερομηνία έκδοσης άδειας ασκήσεως επαγγέλματος Ιστορικό Ζημιών Ετήσιος κύκλος εργασιών προηγούμενου έτους (τζίρος)

ΟΡΙΣΜΟΣ ΒΑΣΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Επαγγελματική Ευθύνη από τη νόμιμη άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, για αμέλεια, σφάλμα ή παράλειψη κατά την άσκηση των ιατρικών καθηκόντων του ασφαλισμένου εντός των ορίων της ειδικότητάς του, καθώς και ατυχήματα στο ιδιωτικό ιατρείο του ασφαλισμένου. Καλύπτονται όλες οι αναγνωρισμένες ειδικότητες από τους Ιατρικούς Συλλόγους για νόμιμες ιατρικές πράξεις, με εξαίρεση τους ψυχιάτρους.

ΒΑΣΙΚΑ ΠΑΚΕΤΑ ΚΑΛΥΨΕΩΝ

	A	B	Γ	Δ	E	ΣΤ
Σ.Β. / Υ.Ζ. κατά γεγονός	€ 150.000	€ 300.000	€ 450.000	€ 600.000	€ 800.000	€ 1.000.000
Α.Ο. στη διάρκεια συμβολαίου	€ 150.000	€ 300.000	€ 450.000	€ 600.000	€ 800.000	€ 1.000.000

ΑΠΑΛΛΑΓΗ: 150 Ευρώ σε κάθε απαίτηση

ΕΙΔΙΚΕΣ ΣΥΜΦΩΝΙΕΣ

- Η κάλυψη επεκτείνεται και για την παροχή πρώτων βοηθειών από τον ασφαλισμένο σε καταστάσεις ανάγκης πέρα από την ειδικότητά του.
- Καλύπτονται και οι ζημιές από πυρκαγιά ή έκρηξη εντός των χώρων του ιδιωτικού ιατρείου.

Ειδικές εξαιρέσεις

- Ακτινοθεραπεία / ραδιοθεραπεία.
- Μετάδοση μολυσματικών νόσων, AIDS, κ.λ.π.
- Παράνομες επεμβάσεις / χρήση μη εγκεκριμένων φαρμάκων και μεθόδων.
- Πράξεις του ασφαλισμένου ιατρού εφ' όσον αυτός ευρισκόταν υπό την επίδραση ναρκωτικών ουσιών ή οιοπνευματωδών ποτών.

Προϋποθέσεις ασφάλισης/Παρατηρήσεις

- Κατοχή διπλώματος – άδεια άσκησης επαγγέλματος.
- Απαραίτητο στοιχείο για την κάλυψη είναι ένα βιογραφικό σημείωμα του ασφαλισμένου όπου να αναφέρεται η ειδικότητα του. Ειδικά για τις αισθητικές επεμβάσεις και τους Πλαστικούς Χειρουργούς σημειώνεται ότι καλύπτονται μόνο τυχόν διεγχειρητικές ή μετεγχειρητικές επιπλοκές των αισθητικών χειρουργικών επεμβάσεων ή αισθητικών επεμβατικών πράξεων, καθώς και συμβάντα κατά την αναισθησία ή τη νοσηλεία του ασθενούς, χωρίς όμως να καλύπτεται το οποιοδήποτε αισθητικό αποτέλεσμα.
- Εξαιρούνται οι ψυχίατροι.

Ο υπογραφών ζητώ όπως τύχω των καλύψεων που προβλέπονται για την Επαγγελματική Αστική Ευθύνη Ιατρών, με πακέτο:

A B Γ Δ Ε ΣΤ

**ΠΡΟΣΥΜΒΑΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΛΗΠΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ/ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟ
(άρθρο 150 του Ν.4364/2016)****Στοιχεία της Εταιρίας**

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

Η έδρα της Εταιρίας είναι: ΛΕΩΦ. ΣΥΓΓΡΟΥ 103-105, Τ.Κ. 11745, ΑΘΗΝΑ, ΕΛΛΑΔΑ, ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΕΜΗ: 000224801000, ΤΗΛ. 210 90 99 000, e-mail: contact@ethnikiasfalistiki.gr, www.ethnikiasfalistiki.gr

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 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.

Εφαρμοστέο Δίκαιο

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

Χρόνος Καταβολής Ασφαλιστρών - Έναρξη Ασφαλιστικής Κάλυψης

Με βάση την ισχύουσα νομοθεσία (άρθρο 146 παρ. 1 του Ν. 4364/2016) το ασφαλιστήριο συμβόλαιο παραδίδεται στον ασφαλισμένο ή τον λήπτη της ασφάλισης μόνο μετά την καταβολή του οφειλόμενου ασφαλιστρού ή της πρώτης δόσης της τμηματικής καταβολής, οπότε και αρχίζει η ασφαλιστική κάλυψη.

Διάρκεια Ασφαλιστικής Κάλυψης

Η ασφαλιστική κάλυψη ισχύει για όσο χρόνο ορίζεται στο Ασφαλιστήριο, οπωσδήποτε δε μετά την υπογραφή του, υπό τη ρητή προϋπόθεση καταβολής των οφειλόμενων ασφαλιστρών πριν από την οποία δεν αρχίζει η ασφαλιστική κάλυψη.

ΤΡΟΠΟΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΤΟΥ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΕΝΑΝΤΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΥΠΑΝΑΧΩΡΗΣΗΣ

Ο Λήπτης της Ασφάλισης, σύμφωνα με το Νόμο 2496/1997 (άρθρο 2, παρ. 5 και 6), όπως τροποποιημένος ισχύει, έχει δικαίωμα να εναντιωθεί: α) εντός 1 μηνός από την παραλαβή του Ασφαλιστηρίου, σε περίπτωση που το εκδοθέν Ασφαλιστήριο παρεκκλίνει από τη σχετική αίτηση ασφάλισης ή β) εντός 14 ημερών σε περίπτωση μη παράδοσης από τον Ασφαλιστή των πληροφοριών που προβλέπονται στο άρθρο 150 του Ν.4364/2016 ή των ασφαλιστικών όρων.

Επίσης ο Λήπτης της Ασφάλισης με βάση το άρθρο 8 παρ. 3 του Ν.2496/1997, όπως τροποποιημένος ισχύει, στις ασφαλίσσεις ζημιών με διάρκεια μεγαλύτερη του ενός έτους ή ο καταναλωτής στις συμβάσεις από απόσταση (ασφαλίσσεις μέσω διαδικτύου), εκτός από το παραπάνω δικαίωμα εναντίωσης, δικαιούται να υπαναχωρήσει ανατιολόγητα και αζημίως από τη σύμβαση εντός δεκατεσσάρων (14) ημερών, από την παράδοση του Ασφαλιστηρίου ή από τη σύναψη της σύμβασης.

Ο Λήπτης της Ασφάλισης ασκεί τα δικαιώματα εναντίωσης και υπαναχώρησης, των οποίων τα έντυπα Υποδείγματα βρίσκονται συνημμένα στο τέλος των όρων του Ασφαλιστηρίου αποστέλλοντας τα συμπληρωμένα έντυπα με συστημένη επιστολή με απόδειξη παραλαβής στην Έδρα της Εταιρίας - Λ. Συγγρού 103-105 Αθήνα 11745.

ΤΡΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΓΕΛΙΑΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Η καταγγελία της ασφαλιστικής σύμβασης στις περιπτώσεις που προβλέπεται σχετικό δικαίωμα από τον νόμο ή από το Ασφαλιστήριο, γνωστοποιείται στον Λήπτη της Ασφάλισης με έγγραφη δήλωση.

Ειδικά, η καταγγελία της ασφαλιστικής σύμβασης από την Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» λόγω καθυστέρησης της καταβολής ληξιπρόθεσμης δόσης ασφαλιστρού γίνεται με γραπτή δήλωση στον Λήπτη της Ασφάλισης, στην οποία γνωστοποιείται ότι η περαιτέρω καθυστέρηση καταβολής ασφαλιστρού θα επιφέρει, μετά πάροδο 1 μηνός από την κοινοποίηση της δήλωσης, τη λύση της σύμβασης.

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Με την υπογραφή της παρούσας και την παροχή της ενυπόγραφης αδιαμφισβήτητης συγκατάθεσής μου, συγκατατίθεμαι στην, εκ μέρους της Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» ως Υπευθύνου Επεξεργασίας Δεδομένων, επεξεργασία, συλλογή, διαβίβαση και τήρηση σε αρχείο των δεδομένων μου προσωπικού χαρακτήρα, που είναι απαραίτητα για τη σύναψη, διαχείριση και λειτουργία της ασφαλιστικής μου σύμβασης, υπό τους όρους και τις προϋποθέσεις της ισχύουσας ευρωπαϊκής και εθνικής νομοθεσίας για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων (Ε.Ε.) 2016/679, Ν. 4624/2019, όπως ισχύει), με σκοπό τη σύναψη, διαχείριση υποστήριξη και εκτέλεση της συμβατικής μας σχέσης, των οποίων δεδομένων μου αποδέκτες ή/και εκτελούντες την επεξεργασία ενδέχεται να είναι, συνεργαζόμενες με την Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ», εταιρίες φύλαξης και διαχείρισης αρχείων, συνεργαζόμενοι με την εταιρία ασφαλιστικοί διαμεσολαβητές, εταιρίες ενημέρωσης οφειλετών, συνεργαζόμενες εταιρίες ερευνών, με σκοπό τη διεξαγωγή ερευνών που δεν υποκρύπτουν εμπορική ή άλλη προώθηση, για τις προτιμήσεις, τις ανάγκες και τον βαθμό ικανοποίησης του καταναλωτικού κοινού από τη συναλλακτική του σχέση με την Εταιρία.

Η Εταιρία με ενημέρωσε ρητά: α) ότι έχω δικαίωμα εναντίωσης στην επεξεργασία των δεδομένων μου, ανά πάσα στιγμή και χωρίς κόστος, με την αποστολή σχετικού αιτήματος στην ηλεκτρονική διεύθυνση pararona@ethnikiasfalistiki.gr ή ταχυδρομικά, με την ένδειξη «GDPR», προς Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ», Λ. Συγγρού 103-105, 117 45, ή συμπληρώνοντας και αποστέλλοντας, ηλεκτρονικά ή ταχυδρομικά, το αντίστοιχο Έντυπο Άσκησης Δικαιώματος Εναντίωσης, το οποίο, μαζί με αναλυτικές πληροφορίες σχετικά με την Προστασία των Δεδομένων μου Προσωπικού Χαρακτήρα και τα δικαιώματά μου, μπορώ να βρω στη σχετική ενότητα, στην εταιρική της ιστοσελίδα: www.ethnikiasfalistiki.gr και β) ότι η άσκηση του δικαιώματος εναντίωσης, ή η ανάκληση της συγκατάθεσής μου, θα έχει ως συνέπεια την μη σύναψη ή τη διακοπή και λήξη της μεταξύ μας σύμβασης ασφάλισης και την μη κάλυψή μου, δεδομένου ότι η σύμβαση ασφάλισης δεν δύναται να λειτουργήσει χωρίς την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα του λήπτη της ασφάλισης ή/και του ασφαλισμένου ή/και του δικαιούχου του ασφαλίσιματος.

ΠΑΡΕΧΩ ΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΜΟΥ ΔΕΝ ΠΑΡΕΧΩ ΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΜΟΥ **ΕΙΔΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΓΙΑ ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΟΥΣ / ΠΡΩΘΗΤΙΚΟΥΣ ΣΚΟΠΟΥΣ**

Με την υπογραφή της παρούσας και τη χορήγηση της ενυπόγραφης αδιαμφισβήτητης συγκατάθεσής μου, συγκατατίθεμαι στην εκ μέρους της Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» ως Υπευθύνου Επεξεργασίας Δεδομένων και των συνεργαζόμενων με αυτή εταιριών, διαφημιστικών/πρωθητικών ενεργειών, ερευνών και ασφαλιστικών διαμεσολαβητών, επεξεργασία, συλλογή, διαβίβαση και τήρηση σε αρχείο των δεδομένων μου προσωπικού χαρακτήρα, υπό τις προϋποθέσεις της ισχύουσας νομοθεσίας περί δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, για τη διενέργεια στοχευμένων δραστηριοτήτων marketing ή εμπορικής προώθησης προϊόντων και υπηρεσιών της Εταιρίας, την αποστολή προς εμένα σχετικού ενημερωτικού/διαφημιστικού υλικού, και για τη συμμετοχή μου σε έρευνες ή/και αναλύσεις, που διεξάγονται για την καλύτερη κατανόηση των αναγκών, προτιμήσεων και ενδιαφερόντων μου ως πελάτη, με σκοπό την προώθηση εξατομικευμένων προϊόντων και υπηρεσιών, που ταιριάζουν στο προφίλ μου.

Η Εταιρία με ενημέρωσε ρητά ότι, έχω δικαίωμα να ανακαλέσω την παρούσα συγκατάθεσή μου ανά πάσα στιγμή και χωρίς κόστος, με την αποστολή σχετικού αιτήματος στην ηλεκτρονική διεύθυνση: pararona@ethnikiasfalistiki.gr ή ταχυδρομικά, με την ένδειξη «GDPR», προς Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ», Λ. Συγγρού 103-105, 117 45 ή συμπληρώνοντας και αποστέλλοντας, ηλεκτρονικά ή ταχυδρομικά, το Έντυπο Ανάκλησης Συγκατάθεσης, το οποίο, μαζί με αναλυτικές πληροφορίες σχετικά με την Προστασία των Δεδομένων μου Προσωπικού Χαρακτήρα και τα δικαιώματά μου, μπορώ να βρω στη σχετική ενότητα, στην εταιρική της ιστοσελίδα: www.ethnikiasfalistiki.gr

ΠΑΡΕΧΩ ΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΜΟΥ ΔΕΝ ΠΑΡΕΧΩ ΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΜΟΥ

ΤΡΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΙΤΙΑΣΕΩΝ

Σύμφωνα με την Πολιτική Διαχείρισης Αιτιάσεων της ΑΕΕΓΑ «Η ΕΘΝΙΚΗ» και τη σχετική πράξη 88/5.4.2016 της Τράπεζας της Ελλάδος, μπορείτε να απευθύνεστε:

- στην Υποδιεύθυνση Διαχείρισης Αιτιάσεων & Παραπόνων της ΑΕΕΓΑ «Η ΕΘΝΙΚΗ», Λ. Συγγρού 103-105, 117 45 Αθήνα, τηλ. 210 9099777, email: pararona@ethnikiasfalistiki.gr. Ο συνήθης χρόνος ανταπόκρισης στις έγγραφες αιτιάσεις είναι (15) εργάσιμες ημέρες από την ημερομηνία υποβολής της αιτίας, ενώ σε καμία πάντως περίπτωση ο χρόνος απάντησης δεν μπορεί να υπερβαίνει τις (50) ημερολογιακές ημέρες από την ημερομηνία υποβολής αυτής.
- σε αρμόδιες Αρχές, όπως ενδεικτικά στον Συνήγορο του Καταναλωτή και στη Γενική Γραμματεία Εμπορίου (Τομέας Προστασίας του Καταναλωτή) μέσα στις εκάστοτε ισχύουσες προθεσμίες.

Επίσης, για τυχόν παράπονα ή καταγγελίες που αφορούν τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή, μπορείτε να υποβάλλετε έγγραφη αίτηση στη Διεύθυνση Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης (Δ.Ε.Ι.Α.) της Τράπεζας της Ελλάδος, Ελ. Βενιζέλου 21, 102 50 Αθήνα, Τηλ. Κέντρο: 210 3201111, ιστοσελίδα: www.bankofgreece.gr για πράξεις ή παραλείψεις φυσικού ή νομικού προσώπου, που συνιστούν παραβάσεις της νομοθεσίας σχετικά με την διανομή ασφαλιστικών προϊόντων.

Περαιτέρω, σύμφωνα με όσα προβλέπονται στον Κώδικα Καταναλωτικής Δεοντολογίας ως κάθε φορά ισχύει, έχετε τη δυνατότητα εξωδικαστικής επίλυσης τυχόν διαφορών που θα προκύψουν με την Α.Ε.Ε.ΓΑ «Η ΕΘΝΙΚΗ» ή/και την Εθνική Τράπεζα σε σχέση με το παρόν ασφαλιστήριο συμβόλαιο απευθυνόμενοι στους αναγνωρισμένους από την κείμενη νομοθεσία και νόμιμα καταχωρημένους στο Μητρώο της Γενικής Διεύθυνσης Προστασίας Καταναλωτή και Εποπτείας της Αγοράς Φορείς Εναλλακτικής Επίλυσης Διαφορών, όπως:

- 1) Ο Συνήγορος του Καταναλωτή www.synigoroskatanaloti.gr,
- 2) Το ΚΕΝΤΡΟ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗΣ ΕΠΙΛΥΣΗΣ ΔΙΑΦΟΡΩΝ - ADR POINT www.adrpoint.gr,
- 3) Το ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗΣ ΕΠΙΛΥΣΗΣ ΔΙΑΦΟΡΩΝ (startADR) (<https://startadr.org/>). Επιπλέον πληροφορίες σε σχέση με τους αναγνωρισμένους/πιστοποιημένους φορείς μπορούν να αναζητηθούν στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Ανάπτυξης και Επενδύσεων (Γενική Γραμματεία Εμπορίου /Τομέας Προστασίας του Καταναλωτή) <https://kataggelies.mindev.gov.gr> στην ενότητα ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΩΝ-ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΩΝ και στην πλατφόρμα Ηλεκτρονικής Επίλυσης Διαφορών (ΗΕΔ) της Ευρωπαϊκής Επιτροπής ec.europa.eu/webgate.ec.europa.eu/odr.

Ρητά διευκρινίζεται ότι η Εταιρία δεν δεσμεύεται ούτε υπέχει κάποια υποχρέωση για την επίλυση οιασδήποτε διαφοράς ανακύψει σε σχέση με το παρόν ασφαλιστήριο συμβόλαιο με τη χρήση των ανωτέρω Φορέων Εναλλακτικής Επίλυσης Διαφορών. Τυχόν αίτημά σας για την επίλυση διαφοράς με τη χρήση αυτών θα εξετάζεται κάθε φορά μεμονωμένα.

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 κατάθεση 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.

Επίσης, δηλώνω ότι παρέλαβα α) το Έντυπο Γενικών Πληροφοριών που προβλέπεται στη νομοθεσία σχετικά με τη διανομή ασφαλιστικών προϊόντων και β) όπου αυτό προβλέπεται από τη νομοθεσία την εξατομικευμένη σύσταση του ασφαλιστικού διαμεσολαβητή, εφόσον η ασφαλιστική σύμβαση καταρτίζεται με τη διαμεσολάβησή του, με την οποία αιτιολογεί ότι το παρόν ασφαλιστικό προϊόν ανταποκρίνεται πληρέστερα στις απαιτήσεις και στις ανάγκες μου.

Τέλος, δηλώνω ότι συγκατατίθεμαι ρητά στην παροχή όλων των πληροφοριών και ενημερώσεων σε σχέση με το ασφαλιστικό πρόγραμμα για το οποίο υποβάλλω την παρούσα αίτηση, μέσω της ιστοσελίδας της Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» www.ethnikiasfalistiki.gr, των ηλεκτρονικών εφαρμογών που διαθέτει η Εταιρία ή μέσω της ανωτέρω δηλωθείσας διεύθυνσης ηλεκτρονικού ταχυδρομείου μου.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ & ΣΦΡΑΓΙΔΑ

ΔΗΛΩΣΗ ΚΑΙ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΩΝ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ ΣΕ ΑΜΕΣΗ ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΠΕΛΑΤΗ:

ΚΩΔΙΚΟΣ: _____

ΑΡ. ΕΙΔ. ΜΗΤΡΩΟΥ: _____

Α.Φ.Μ.: _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ:

Δηλώνω ότι η αίτηση αυτή συμπληρώθηκε
και υπογράφηκε παρουσία μου

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ ΜΕ ΕΤΑΙΡΙΑ:

(Συμπληρώνεται μόνο εφόσον είναι
διαφορετικός από τον πρώτο)

ΚΩΔΙΚΟΣ: _____

ΑΡ. ΕΙΔ. ΜΗΤΡΩΟΥ: _____

Α.Φ.Μ.: _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ:

(που φέρει την τελική ευθύνη επίβλεψης
του διαμεσολαβητή που έρχεται σε άμεση
επαφή με τον πελάτη)

ΚΩΔΙΚΟΣ: _____

ΑΡ. ΕΙΔ. ΜΗΤΡΩΟΥ: _____

Α.Φ.Μ.: _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ:

Το παρόν δεν αποτελεί κάλυψη ούτε αυτόματη αποδοχή κάλυψης. Η κάλυψη οριστικοποιείται μετά την αποδοχή του παρόντος από την Εταιρία και την έκδοση Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου.