



ΚΟΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ

...και ασφαλίζεις τον κόσμο σου!



**ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ
ΠΑΡΟΧΕΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Για χρήση μόνο από την Εταιρεία

Αριθμός Προσφοράς:

Κωδ. Ασφαλ. Διαμεσολαβητή	Αρ. Απόδειξης	Αρ. Συμβολαίου	Κωδικός Χρεώστη

Σημειώσεις

ΚΟΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΛΤΔ

Κεντρικά Γραφεία: Λεωφόρος Γρίβα Διγενή 46, 1080 Λευκωσία | Τηλ.: +357 77776006 | Φαξ: +357 22022000

E-mail: info@cosmosinsurance.com.cy | www.cosmosinsurance.com.cy

V.2019/1

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΤΕΙΝΟΝΤΑ

Όνοματεπώνυμο Προτείνοντα: _____

Αριθμός Ταυτότητας / Αριθμός Διαβατηρίου / Αρ. Εγγραφής Εταιρείας: _____

Διεύθυνση Αλληλογραφίας:

Οδός και Αριθμός: _____ Ταχ. Κώδ.: _____

Πόλη / Χωριό: _____ Επαρχία: _____

Τηλέφωνο Γραφείου: _____ Κινητό Τηλέφωνο: _____ Τηλεομοίτυπο (Φαξ): _____

Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: _____

2. ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Από την ώρα: _____ π.μ./μ.μ. της: ____/____/____ μέχρι τα μεσάνυχτα της: ____/____/____

3. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ

3.1 Παρακαλούμε επιλέξτε τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας που παρέχετε, για τις οποίες κατέχετε τα απαιτούμενα προσόντα και έχετε εξασφαλίσει και διατηρείτε άδεια άσκησης εργασιών στην Κυπριακή Δημοκρατία:

- Προσωπικός ιατρός, με βάση τους περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμους
- Ειδικός ιατρός, με βάση τους περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμους. Παρακαλούμε αναφέρετε την ειδικότητά σας: _____
- Φαρμακοποιός
- Οδοντίατρος
- Χημικός
- Άλλο - Παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες: _____

3.2 Παρακαλούμε δώστε στοιχεία της απασχόλησής σας επιλέγοντας το ανάλογο τετραγωνάκι:

- Κυβερνητικό / Δημόσιο Νοσοκομείο
- Ιδιωτικό Νοσοκομείο ή Κλινική
- Ιδιωτικό ιατρείο / οδοντιατρείο / φαρμακείο / κλινικό εργαστήριο
- Άλλο - Παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες: _____

3.3 Παρακαλούμε δηλώστε τη συνήθη διεύθυνση εργασίας σας πιο κάτω:

Οδός και Αριθμός: _____

Ταχ. Κώδ.: _____ Πόλη / Χωριό: _____ Επαρχία: _____

3.4 i. Παρακαλούμε δηλώστε τις παρακάτω λεπτομέρειες σε σχέση με το πανεπιστημιακό σας δίπλωμα:

Τίτλος Πτυχίου: _____

Πανεπιστήμιο: _____

Έτος αποφοίτησης: _____

ii. Παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες της επαγγελματικής σας εμπειρίας από την ημερομηνία αποφοίτησής σας μέχρι και σήμερα, ως ακολούθως:

Εργοδότης	ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	
	Από	Μέχρι
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /

3.5 i. Παρακαλούμε δηλώστε τον αριθμό των εργοδοτούμενων σας ή άλλων προσώπων που παρέχουν ή θα παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας εκ μέρους σας, αναλόγως της κατηγορίας καθκόντων που εκτελούν, ως πιο κάτω:

Αριθμός

Εργοδοτούμενων Καθήκοντα

Ιατροί ή Οδοντίατροι ίδιας ειδικότητας με τον Προτείνοντα

Ιατροί ή Οδοντίατροι άλλης ειδικότητας από αυτής του Προτείνοντα

Νοσηλεύτες

Χημικοί, Ακτινολόγοι και άλλο Τεχνικό Προσωπικό

Γραφειακό Προσωπικό

Σημειώστε ✓ στο κατάλληλο τετραγωνάκι

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ii. Παρακαλούμε δηλώστε τον ετήσιο αριθμό ασθενών σας: _____

iii. Ασχολείστε εσείς ή οποιοσδήποτε εργοδοτούμενός σας τακτικά σε σχέση με υπηρεσίες Πρώτων Βοηθειών;

Αν ΝΑΙ, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες:

3.6 Είστε μέλος οποιουδήποτε επαγγελματικού συλλόγου ή συνδέσμου;

Αν ΝΑΙ, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες:

4. ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΑΙΤΟΥΜΕΝΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ

4.1 Παρακαλούμε δηλώστε τα Όρια Ευθύνης που επιθυμείτε:

Για κάθε περιστατικό ή σειρά περιστατικών: € _____

Συνολικό Όριο Ευθύνης (για κάθε περίοδο Ασφάλισης): € _____

4.2 i. Αυτόματες επεκτάσεις κάλυψης

- Πράξεις «Καλού Σαμαρείτη», με όριο €50.000 για κάθε περιστατικό (εφαρμόζεται **μόνο** σε ιατρούς)
- Πρόσθετη περίοδος γνωστοποίησης: 30 μέρες

ii. Αυτόματες επεκτάσεις κάλυψης, πέραν του Ορίου Ευθύνης για κάθε περιστατικό

- Έξοδα υπεράσπισης, με όριο €50.000 για κάθε περιστατικό
- Απώλεια εγγράφων, με όριο €20.000 για κάθε περιστατικό

4.3 Άλλες επεκτάσεις κάλυψης:

Δηλώστε αν επιθυμείτε επέκταση της κάλυψης (σημειώνοντας ✓ στο κατάλληλο τετραγωνάκι)

- Αναδρομική κάλυψη (άλλη από την ημερομηνία έναρξης της περιόδου ασφάλισης)
Αν **ΝΑΙ**, παρακαλούμε όπως αποστείλετε μαζί με την παρούσα Πρόταση Ασφάλισης όλους τους πίνακες ασφάλισης προηγούμενων περιόδων που διατηρούσατε (αδιαλείπτως μέχρι σήμερα), στους οποίους να αναγράφονται η Περίοδος Ασφάλισης και τα Όρια Ευθύνης.
- Άλλο - Παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες:

5. ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

	Σημειώστε ✓ στο κατάλληλο τετραγωνάκι	ΝΑΙ	ΟΧΙ
5.1 i. Έχουν υποβληθεί οποιοσδήποτε απαιτήσεις εναντίον σας ή εναντίον οποιουδήποτε από τους εργοδοτούμενούς σας σε σχέση με περιστατικό φροντίδας υγείας;		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii. Γνωρίζετε για οποιοδήποτε περιστατικό ή συνθήκες που πιθανόν μπορούν μελλοντικά να οδηγήσουν σε οποιαδήποτε απαίτηση εναντίον σας ή εργοδοτούμενων σας;		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αν ΝΑΙ , σε οποιοδήποτε από τα πιο πάνω, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες:			
<hr/>			
5.2 Έχει οποιαδήποτε Ασφαλιστική Εταιρεία οποτεδήποτε απορρίψει πρόταση ασφάλισης της Επαγγελματικής σας Ευθύνης, αρνηθεί να ανανεώσει ή ακυρώσει ασφαλιστήριό σας, απαιτήσει αυξημένο ασφαλιστρο ή επιβάλει ειδικούς όρους;		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αν ΝΑΙ , παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες:			
<hr/>			
5.3 Έχετε οποιαδήποτε άλλα ασφαλιστήρια με την εταιρεία μας;		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αν ΝΑΙ , παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες (π.χ. αριθμό ασφαλιστηρίου ή κωδικό χρεώστη)			
<hr/>			

6. ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟΥ

Παρακαλούμε δηλώστε πώς επιθυμείτε να εξοφλείτε το ετήσιας διάρκειας ασφαλιστήριό σας, σημειώνοντας ✓ όπου ισχύει:

- 1 Δόση - Επσσίως
- 2 Δόσεις - Εξαμηνιαίως
- 3 Δόσεις - Τρεις συνεχόμενες μηνιαίες δόσεις
- 4 Δόσεις - Τριμηνιαίως

Σε ασφαλιστήρια μειωμένης χρονικής διάρκειας, δεν μπορούν να προσφερθούν διευκολύνσεις πληρωμής.

Σε περίπτωση που το ασφαλιστήριο δεν θα εξοφληθεί σε μία δόση, κάθε δόση θα επιβαρύνεται με πρόσθετη χρέωση ενός ευρώ (€1.00).

7. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Εγώ, που υπογράφω πιο κάτω, δηλώνω ότι διάβασα με προσοχή όλες τις ερωτήσεις που περιέχονται σε αυτή την Πρόταση Ασφάλισης, τις κατανόησα πλήρως και όλες οι απαντήσεις μου είναι πλήρεις και αληθείς και δεν έχω αποκρύψει, παραποιήσει ή παραστήσει με ανακρίβεια οποιοδήποτε ουσιώδες γεγονός και ότι η Πρόταση αυτή είναι απόλυτα δεσμευτική και θα αποτελεί τη βάση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου μεταξύ μου και της ΚΟΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΛΤΔ (η «ΚΟΣΜΟΣ») που θα εκδοθεί.

Η υπογραφή της πρότασης αυτής δεν προσφέρει οποιαδήποτε κάλυψη και δεν δεσμεύει την ΚΟΣΜΟΣ σε σύναψη ασφάλισης και αυτή διατηρεί το δικαίωμα να αποδεχτεί ή να διαφοροποιήσει ή να απορρίψει τους όρους της προσφερόμενης κάλυψης. Η ασφάλιση θα τεθεί σε ισχύ αφού ο κίνδυνος γίνει αποδεκτός, από την ΚΟΣΜΟΣ και εκδοθεί και παραδοθεί σε εμένα το ασφαλιστήριο συμβόλαιο.

Ημερομηνία: _____ Υπογραφή Προτείνοντα: _____

8. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ (GDPR) (ΕΕ) 2016/679

Σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (**GDPR**) (ΕΕ) 2016/679 και οποιωνδήποτε άλλων σχετικών νομοθεσιών, η ΚΟΣΜΟΣ είναι ο Υπεύθυνος Επεξεργασίας τέτοιων Προσωπικών και/ή Ευαίσθητων Δεδομένων. Κατά συνέπεια, η ΚΟΣΜΟΣ μπορεί να συλλέγει και να επεξεργάζεται δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα με μοναδικό σκοπό την παροχή των υπηρεσιών που ζητούνται από τον Προτείνοντα. Η ΚΟΣΜΟΣ μπορεί να διαβιβάσει τα προσωπικά δεδομένα σε τρίτο μέρος, στο βαθμό που αυτό απαιτείται ως συμβατική αναγκαιότητα, λόγω νομικών υποχρεώσεων και/ή προστασία νόμιμου συμφέροντος.

Τα δεδομένα θα καταχωρούνται σε ηλεκτρονική ή οποιαδήποτε άλλη μορφή, σε ένα ή περισσότερα αρχεία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα κατά την έννοια του Νόμου, τα οποία θα τηρούνται από την ΚΟΣΜΟΣ ή από άλλη συμβεβλημένη/συνεργαζόμενη εταιρεία ή πρόσωπο.

Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι τα αρμόδια μέλη του προσωπικού της ΚΟΣΜΟΣ καθώς και αυτά των συμβεβλημένων/συνεργαζόμενων εταιρειών ή προσώπων. Η επεξεργασία δεδομένων είναι απόρρητη και θα διεξάγεται μόνο από πρόσωπα που τελούν υπό τον άμεσο ή έμμεσο έλεγχο της ΚΟΣΜΟΣ. Σε κάθε περίπτωση, η ΚΟΣΜΟΣ έχει βεβαιωθεί πως αυτά τα πρόσωπα ενεργούν με βάση τις απαραίτητες αρχές προστασίας δεδομένων, όπως αυτές περιγράφονται στις κατευθυντήριες γραμμές που έχει θέσει ο Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων.

Σε σχέση με τα προσωπικά δεδομένα που χειρίζεται η ΚΟΣΜΟΣ, οι προτείνοντες έχουν το δικαίωμα να ζητήσουν:

- Πρόσβαση στα Προσωπικά τους Δεδομένα,
- τη Διόρθωση των Προσωπικών τους Δεδομένων,
- τη Διαγραφή των Προσωπικών τους Δεδομένων,
- να σταματήσει η ΚΟΣΜΟΣ την επεξεργασία των Προσωπικών τους Δεδομένων,
- τον Περιορισμό της Επεξεργασίας των Προσωπικών τους Δεδομένων, και/ή
- τη Μεταφορά των Προσωπικών τους Δεδομένων σε άλλο μέρος.

Οι προτεινόμενοι που επιθυμούν να εξασκήσουν τα δικαιώματά τους σύμφωνα με τη διάταξη του **GDPR** ή άλλης συναφούς νομοθεσίας όπως περιγράφεται παραπάνω ή χρειάζονται περαιτέρω πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο επεξεργασίας των προσωπικών δεδομένων μπορούν να επικοινωνήσουν με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων της ΚΟΣΜΟΣ μέσω αλληλογραφίας στη διεύθυνση Γρίβα Διγενή 46, 1080 Λευκωσία ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στο dpo@cosmosinsurance.com.cy.

Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την προστασία δεδομένων μπορείτε να βρείτε στη δήλωση απορρήτου της εταιρείας μας.

Σημειώστε √ όπου ισχύει **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Συγκατάθεση για εμπορικούς σκοπούς

Επιπλέον, κατανοώ ότι η ΚΟΣΜΟΣ έχει πρόσθετα ασφαλιστικά προϊόντα τα οποία μπορεί να με αφορούν ως εκ τούτου, συμφωνώ όπως η ΚΟΣΜΟΣ επεξεργάζεται τα Προσωπικά Δεδομένα μου για σκοπούς προώθησης άλλων ασφαλιστικών προϊόντων.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Ημερομηνία

Υπογραφή Προτείνοντα

