



Ημερομηνία: _____ / _____ / 20____

ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΛΑΔΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

Ασφαλιζόμενος: _____ Ημ/νία γέννησης: _____ Όνομα πατρός: _____
 Διεύθυνση: _____ Πόλη: _____ Τ.Κ.: _____
 e-mail: _____ Τηλ.: _____ Κινητό Τηλ.: _____ Επάγγελμα: _____
 Α.Φ.Μ.: _____ Δ.Ο.Υ.: _____
 Διάρκεια ασφάλισης από: _____ έως: _____ Τρόπος πληρωμής: Εφάπαξ

Στοιχεία Ασφαλιζόμενων

α/α	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ (Αναλυτικά)	ΣΠΟΡ/ΗΟΒΒΙΕΣ	ΚΑΤΗΓ.	ΕΤΟΣ ΓΕΝΝ.	ΒΑΡΟΣ	ΥΨΟΣ	Α.Δ.Τ

ΠΑΡΟΧΕΣ	ΚΕΦΑΛΑΙΑ
A: Θ.Α	€15.000
B: ΜΟΑ/ΜΜΑ	€15.000
Γ: ΕΞΟΔΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ	€450
Δ: ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ	€3.000

Δικαιούχοι σε περίπτωση θανάτου:

- _____
- _____
- _____
- _____

Ετήσια Ολικά Ασφάλιστρα ανά άτομο:

Κυρίως Ασφαλισμένος:	€50
Σύζυγος:	€50
Τέκνα:	€35

- Οδηγείτε εσείς ή τα προτεινόμενα για ασφάλιση πρόσωπα μοτοποδήλατο ή μοτοσυκλέτα; ΝΑΙ ΟΧΙ
- Έχετε λάβει ποτέ εσείς ή τα προτεινόμενα για ασφάλιση πρόσωπα, αποζημίωση λόγω τραυματισμού, ασθένειας ή ανικανότητας από οποιονδήποτε ασφαλιστικό φορέα; ΝΑΙ ΟΧΙ
- Υπάρχει άλλο ασφαλιστήριο προσωπικών ατυχημάτων ή ζωής στην εταιρία μός ή σε άλλη εταιρία; ΝΑΙ ΟΧΙ

09.12SAII

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

- Βρίσκεστε αυτή τη στιγμή υπό ιατρική παρακολούθηση;
- Έχετε κάποιο φυσικό ελάττωμα ή υποστεί ατύχημα ή ασθένεια που σας έχει αφήσει κάποια αναπηρία;
- Για άνδρες:
Απαλλαγίκατε από τις στρατιωτικές σας υποχρεώσεις;
- Είστε αριστερόχειρας;

	ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ	ΣΥΖΥΓΟΣ	ΠΑΙΔΙΑ
1. Βρίσκεστε αυτή τη στιγμή υπό ιατρική παρακολούθηση;	ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ <input type="radio"/>
2. Έχετε κάποιο φυσικό ελάττωμα ή υποστεί ατύχημα ή ασθένεια που σας έχει αφήσει κάποια αναπηρία;	ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ <input type="radio"/>
3. Για άνδρες: Απαλλαγίκατε από τις στρατιωτικές σας υποχρεώσεις;	ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ <input type="radio"/>
4. Είστε αριστερόχειρας;	ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ <input type="radio"/>

Αφού ανέγνωσα με προσοχή τις παραπάνω καταχωρήθεισες δηλώσεις μου βεβαιώνω ότι αυτές είναι αληθινές και πλήρεις, αποδέχομαι δε αφ' ενός μεν βάσει των παραπάνω δηλώσεών μου να ασφαλιστώ στην Εταιρία σας, αφ' ετέρου δε η παρούσα αίτησή μου να αποτελέσει τη βάση και αναπόσπαστο τμήμα του ασφαλιστηρίου μου, που θα εκδοθεί, των όρων του οποίου έλαβα γνώση και συμφωνώ με αυτούς. Η ισχύς του ασφαλιστηρίου που θα εκδοθεί - εκτός εάν έχει αιτηθεί διαφορετικά - θα αρχίσει από την έκδοση και παράδοση αυτού και με τον όρο ότι θα έχει καταβληθεί ολοσχερώς, το πρώτο ασφάλιστρο, η δε κατάσταση υγείας καθώς και οι λοιπές συνθήκες που επηρεάζουν το ασφαλιστήριο του προτεινόμενου για ασφάλιση, παραμένουν όπως δηλώθηκε στην παρούσα αίτηση και την ιατρική έκθεση.

Δηλώνω ότι παρέλαβα από τον Διαμεσολαβούντα της Εταιρίας σας έντυπο με τις πληροφορίες οι οποίες προβλέπονται από το άρθρο 4 παρ. 3 περ. Δ του Ν.Δ. 400/70, όπως τούτο τροποποιήθηκε από το Π.Δ. 252/96, σχετικά με τους αιτούμενους από εμένα προς ασφάλιση, κινδύνους. Αναφορικά με την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων μου που έλαβα γνώση, συμφωνώ, αποδέχομαι και δηλώνω ρητά και εγγράφως ότι:

A) Η Εταιρία με την επωνυμία "ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ ΑΕΓΑ", θα τηρεί αρχείο στα γραφεία της στο Χαλάνδρι Αττικής, Λ. Κηφισίας 274 και θα επεξεργάζεται τα προσωπικά δεδομένα με σκοπό την υποστήριξη, προώθηση και εκτέλεση της συμβατικής μας σχέσης. Η εταιρία θα διαβιβάζει τα προσωπικά μου δεδομένα σε φυσικά πρόσωπα της ίδιας Εταιρίας και σε άλλα τμήματα της ίδιας εταιρίας ή σε όποιον άλλον αποδέκτη απαιτείται εκ του νόμου, για τη διεκπεραίωση της ασφαλιστικής μας εργασίας.

B) Δηλώνω ότι μου γνωστοποιήθηκαν τα δικαιώματά μου εκ των άρθρων 12 και 13 του ν. 2472/1997 και συγκεκριμένα του δικαιώματός μου λήψης πληροφοριών σχετικά με όλα τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν και του δικαιώματός μου προβολής αντιρρήσεων για την επεξεργασία δεδομένων που με αφορούν.

Γ) Με τη παρούσα ή φωτοαντίγραφο αυτής, εξουσιοδοτώ κάθε Νοσοκομείο, Ίδρυμα, Διαγνωστικό Κέντρο ή άλλο πρόσωπο το οποίο με περιέθαλψε ιατρικώς, όπως παρόσχει στον Ιατρό της ΑΕΓΑ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ, κάθε ιατρική πληροφορία η οποία θα μπορούσε να προκύψει από το ιατρικό ιστορικό μου και οποιαδήποτε νοσηλεία μου.

Υπογραφή Προτεινόμενου/ης
 για ασφάλιση

Υπογραφή Συνεργάτη

κωδ. 9626