

## ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

### ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΛΗΠΤΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ / ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ Ή ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

Α.Φ.Μ.	Δ.Ο.Υ	Α.Δ.Τ.
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ & ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ
<b>ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ</b>		
<b>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ</b>		
ΟΔΟΣ & ΑΡΙΘΜΟΣ	Τ.Κ.	ΠΕΡΙΟΧΗ
ΝΟΜΟΣ	ΤΗΛ. Fax	E - mail

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ (Συμπληρώνεται όταν ο Ασφαλιζόμενος είναι διαφορετικό πρόσωπο από τον Λήπτη της Ασφάλισης)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ Ή ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

Α.Φ.Μ.	Δ.Ο.Υ	Α.Δ.Τ.
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ & ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ
<b>ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ</b>		
<b>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ</b>		
ΟΔΟΣ & ΑΡΙΘΜΟΣ	Τ.Κ.	ΠΕΡΙΟΧΗ
ΝΟΜΟΣ	ΤΗΛ. Fax	E - mail

**ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ** ΗΜΕΡ.ΕΝΑΡΞΗΣ (12 Μ.Μ.) \_\_\_\_\_ ΗΜΕΡ.ΛΗΞΗΣ (12 Μ.Μ.) \_\_\_\_\_

#### ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ

 ΕΦΑΠΑΞ     
  \*ΔΥΟ ΕΞΑΜΗΝΕΣ ΔΟΣΕΙΣ     
  \*ΤΕΣΣΕΡΙΣ ΤΡΙΜΗΝΕΣ ΔΟΣΕΙΣ     
 \*ΕΛΑΧΙΣΤΟ ΠΟΣΟ ΔΟΣΗΣ 50€

#### ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΘΑΝΑΤΟΥ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΣΧΕΣΗ	%
1				
2				
3				

#### ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΟΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ

--	--	--	--

**ΣΧΕΔΙΑ ΚΑΛΥΨΗΣ:**     
 ΑΤΟΜΙΚΟ      
 ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ Β      
 (ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ: ΕΦΑΠΑΞ)

#### ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΑΡΟΧΩΝ

ΘΑΝΑΤΟΣ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ	ΕΥΡΩ
ΜΟΝΙΜΗ ΟΛΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ	ΕΥΡΩ
ΜΟΝΙΜΗ ΜΕΡΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ (%)	ΕΥΡΩ
ΠΡΟΣΚΑΙΡΗ ΟΛΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ	ΕΥΡΩ
ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΞΟΔΑ	ΕΥΡΩ
ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ	ΕΥΡΩ
ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ	ΕΥΡΩ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ (ΤΟ 80%)	ΕΥΡΩ

BLUE AIGAION INSURANCE SOLUTIONS ΜΕΣΙΤΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ Α.Ε.

**ΕΔΡΑ:** ΛΕΩΦ. ΒΟΥΛΙΑΓΜΕΝΗΣ 90, 166 74 ΓΛΥΦΑΔΑ, ΤΗΛ.: +30 210 9119990, FAX: +30 210 9610562, E-MAIL: [property@aigaionblue.gr](mailto:property@aigaionblue.gr), <http://www.aigaionblue.gr>

Γ.Ε.Μ.Η. 136783803000 | Α.Φ.Μ. 800693312 | Δ.Ο.Υ. ΦΑΕ ΠΕΙΡΑΙΑ

## ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

A 1 Είσαστε Αριστερόχειρας ;  ΝΑΙ  ΟΧΙ  
 Σε ποιο ταμείο Ασφάλισης ανήκετε;  
 Οικογενειακή κατάσταση;  Έγγαμος  Άγαμος  Διαζευγμένος/η  Χήρος/α

---

A 2 Πόσο ύψος έχετε;  Ποιο είναι το βάρος σας;  
 Σημειώστε αν το βάρος σας τα 3 τελευταία χρόνια είναι σταθερό  Αυξήθηκε και πόσο;  Μειώθηκε και πόσο;

---

A 3 Καπνίζετε;  ΝΑΙ  ΟΧΙ  Πόσα τσιγάρα την ημέρα;

---

A 4 Ασχολείσθε με σπορ;  ΝΑΙ  ΟΧΙ  Και ποια;

---

A 5 Οδηγείτε ή επιβαίνετε σε δίκυκλο, γεωργικό μηχάνημα, βενζινάκατο;  ΝΑΙ  ΟΧΙ

A 6 Έχετε υποβάλει στο παρελθόν αίτηση ασφάλισης σε Ασφαλιστική Εταιρία η οποία απερρίφθη; Αν ναι για πιο λόγο και σε ποια Εταιρία;  ΝΑΙ  ΟΧΙ

A 7 Έχετε στο παρελθόν αποζημιωθεί από Ατύχημα ή Ασθένεια;  ΝΑΙ  ΟΧΙ

B 1 Έχετε ποτέ αρρωστήσει από κάποια ασθένεια;  ΝΑΙ  ΟΧΙ

B 2 Πάσχετε αυτή τη στιγμή από κάτι ή κάνετε θεραπεία για κάποιο πρόβλημα; (Να αναφέρετε οτιδήποτε, ανεξάρτητα σοβαρότητας)  ΝΑΙ  ΟΧΙ

B 3 Έχετε χειρουργηθεί ή νοσηλευθεί στο παρελθόν για κάποιο λόγο; (Ασθένεια – Ατύχημα)  ΝΑΙ  ΟΧΙ

B 4 Πάσχετε από οποιαδήποτε τύπο ηπατίτιδας( a, b, c κλπ), φυματίωση, AIDS ή έρχεστε σε επαφή με άτομα που πάσχουν από τις παραπάνω ασθένειες;  ΝΑΙ  ΟΧΙ

B 5 Κάνατε μικροβιολογικές, ακτινολογικές ή οποιοσδήποτε εξετάσεις τα τελευταία 5 χρόνια; Έχετε πάρει αίμα μέχρι τώρα με μετάγγιση;  ΝΑΙ  ΟΧΙ

B 6 Έχετε υποβληθεί σε θεραπεία για αλκοολισμό ή χρήση ναρκωτικών;  ΝΑΙ  ΟΧΙ

B 7 Υποφέρατε στο παρελθόν ή υποφέρετε τώρα από δισκοπάθεια, οσφυαλγία;  ΝΑΙ  ΟΧΙ

B 8 Πρόκειται στο εγγύς μέλλον να συμβουλευθείτε ειδικό ιατρό, να νοσηλευθείτε ή να χειρουργηθείτε;  ΝΑΙ  ΟΧΙ

B 9 Έχει κάποιος από την οικογένεια σας υψηλή αρτηριακή πίεση, καρδιά, καρκίνο, νευρικές ή διανοητικές ασθένειες;  ΝΑΙ  ΟΧΙ

B10 Πάσχετε από αναπηρία, επιληψία, σωματική ή ψυχική βλάβη;  ΝΑΙ  ΟΧΙ

**Παρακαλούμε να απαντήσετε με ειλικρίνεια σε όλες τις ερωτήσεις, όσο και αν σας φαίνονται επουσιώδεις και εξηγήστε με λεπτομέρειες αν έχετε απαντήσει ΝΑΙ στις παραπάνω ερωτήσεις.**

## ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

BLUE AIGAION INSURANCE SOLUTIONS ΜΕΣΙΤΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ Α.Ε.

ΕΔΡΑ: ΛΕΩΦ. ΒΟΥΛΙΑΓΜΕΝΗΣ 90, 166 74 ΓΛΥΦΑΔΑ, ΤΗΛ.: +30 210 9119990, FAX: +30 210 9610562, E-MAIL: [property@aigaionblue.gr](mailto:property@aigaionblue.gr), <http://www.aigaionblue.gr>

Γ.Ε.Μ.Η. 136783803000 | Α.Φ.Μ. 800693312 | Δ.Ο.Υ. ΦΑΕ ΠΕΙΡΑΙΑ

Είστε έγκυος;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

Αν ναι πόσων μηνών;

Έχετε ή είχατε κατά το παρελθόν γυναικολογικά προβλήματα;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

Έχετε νοσηλευθεί εξ' αιτίας αυτών;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

Έχετε κάνει ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΛΑΟΥ;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

Αποτέλεσμα :

Έχετε κάνει μαστογραφία;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

Αποτέλεσμα :

#### ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΑΝΔΡΕΣ

Έχετε απαλλαγεί ή πάρει αναβολή κατάταξης στις Ένοπλες Δυνάμεις για λόγους Υγείας;  ΝΑΙ  ΟΧΙ

#### ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

##### ΆΛΛΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ

Υπάρχουν ασφαλιστήρια σε ισχύ σε άλλες εταιρείες;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

Εταιρεία:

Ημερομηνία Λήξης

Έχετε άλλα ασφαλιστήρια

ΝΑΙ  ΟΧΙ

Σε ποιους κλάδους;

##### ΕΚΘΕΣΗ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ

Πληροφορήσατε τον προτείνοντα για το συνολικό κόστος του ασφαλιστηρίου;

ΝΑΙ  ΟΧΙ Ποιο ποσό;

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ : (Πληροφορίες που αφορούν τον προτεινόμενο για ασφάλιση και δεν καλύπτονται από τις ερωτήσεις της πρότασης)

Η παρούσα Πρόταση Ασφάλισης αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου που πρόκειται να εκδοθεί, υπό τον όρο ότι κάθε ένα από τα ενδιαφερόμενα μέρη, δηλ. ο Συμβαλλόμενος / Λήπτης της Ασφάλισης και ο Εξουσιοδοτημένος Ανταποκριτής, αποδεχτούν και συμφωνήσουν να προβούν στην έκδοση αυτού του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου. Δηλώνεται δε και συμφωνείται ότι ο Συμβαλλόμενος / Λήπτης της Ασφάλισης επιβεβαιώνει και δηλώνει υπεύθυνα ότι δεν παρέλιψε ούτε απέκρυψε ο,τιδήποτε θα μπορούσε να επηρεάσει τον υπό εκτίμηση ανωτέρω προτεινόμενο κίνδυνο και αποδέχεται ως αληθή και πραγματικά τα στοιχεία που αναφέρονται παραπάνω. Δηλώνει επίσης ότι αποδέχεται την παρούσα ασφάλιση σύμφωνα με τους όρους που αναφέρονται στο ασφαλιστήριο και συμφωνεί ότι η ασφάλιση θα ισχύσει μετά την αποδοχή της Πρότασης Ασφάλισης από την Εταιρεία και με την προϋπόθεση ότι θα έχει καταβάλει εμπρόθεσμα το οφειλόμενο ασφάλιστρο.

Με την υπογραφή της παρούσας Πρότασης Ασφάλισης επιβεβαιώνετε τη συγκατάθεσή σας στην επεξεργασία και μεταφορά πληροφοριών (περιλαμβανομένων και ευαίσθητων πληροφοριών και δεδομένων), που περιλαμβάνονται στο παρόν και ότι έχετε λάβει όλα τα απαραίτητα μέτρα να ενημερώσετε τους ενδιαφερόμενους σχετικά με την επεξεργασία των δεδομένων αυτών εκ μέρους μας και την υποβολή αυτής της ουσιώδους πληροφόρησης σε εμάς για τους σκοπούς που αναφέρθηκαν παραπάνω. Χωρίς αυτή τη συγκατάθεση και επιβεβαίωσή σας για τη διαχείριση και επεξεργασία αυτών των στοιχείων, δε θα ήμασταν σε θέση να αξιολογήσουμε την αίτηση για ασφάλισή σας.

Σας γνωστοποιείται ότι η Εταιρεία διατηρεί το δικαίωμα αναζήτησης στα Αρχεία Αθέτησης Υποχρεώσεων & Υποθηκών Προσημειώσεων της ΤΕΙΡΕΣΙΑΣ ΑΕ, οδός Αλαμάνας αρ. 2, 151 25 Μαρούσι, τηλ. 210-36-76-700 (υπεύθυνος επεξεργασίας) τυχόν δεδομένα που σας αφορούν, με σκοπό την αξιολόγηση ή και επαναξιολόγηση του αναλαμβανόμενου συναλλακτικού κινδύνου, στο πλαίσιο της παρούσας. Αποδέκτες των δεδομένων που τηρούνται στα Αρχεία της ΤΕΙΡΕΣΙΑΣ ΑΕ είναι τα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα, οι φορείς του Δημοσίου που έχουν το προς τούτο έννομο συμφέρον, καθώς και επιχειρήσεις με τις οποίες συναλλάσσεσθε. Έχετε δικαίωμα πρόσβασης στα ως άνω Αρχεία και αντίρρησης, σύμφωνα με το Νόμο 2472/1997.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΠΡΟΤΕΙΝΟΝΤΟΣ

ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ