



**ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ**

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΙΤΗΣΗΣ		ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ	
<b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ</b>			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ
Α.Φ.Μ.	Δ.Ο.Υ.	Α.Φ.Μ.	Δ.Ο.Υ.
Α.Δ.Τ. Ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Α.Δ.Τ. Ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	Τ.Κ. - ΠΟΛΗ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	Τ.Κ. - ΠΟΛΗ
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ		ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**

<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ</b>	
<b>ΜΟΝΙΜΗ ΟΛΙΚΗ Ή ΜΕΡΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΌ ΑΤΥΧΗΜΑ</b>	<b>15.000,00 €</b>
ΜΟΝΙΜΗ ΟΛΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΌ ΑΤΥΧΗΜΑ	15.000,00 €
ΜΟΝΙΜΗ ΜΕΡΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΌ ΑΤΥΧΗΜΑ %	15.000,00 €
<b>ΕΥΡΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΑΠΌ ΑΣΘΕΝΕΙΑ Η ΑΤΥΧΗΜΑ</b>	<b>10.000,00 €</b>
ΕΥΡΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΑΠΌ ΑΣΘΕΝΕΙΑ Η ΑΤΥΧΗΜΑ	
ΜΕ ΑΝΩΤΑΤΟ ΠΟΣΟ ΕΤΗΣΙΩΣ	10.000,00 €
<b>ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΞΟΔΑ ΑΠΌ ΑΣΘΕΝΕΙΑ Η ΑΤΥΧΗΜΑ ΕΤΗΣΙΩΣ</b>	<b>1.500,00 €</b>
<b>ΕΤΗΣΙΑ ΜΙΚΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ</b>	
<b>ΕΝΑΡΞΗ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ</b>	

**ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ( ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ )**

Ύψος..... Βάρος..... Υπήρξε μεταβολή στο βάρος σας τον τελευταίο χρόνο?.....  
 Είστε υπέρτασικός/ή ή υποτασικός/ή? ..... Έχετε κάποιο φυσικό ελάττωμα?.....  
 Έχετε ακολουθήσει ποτέ θεραπεία ή νοσηλευτήκατε για κάποια σοβαρή ασθένεια?.....(Αν ναι αναλυτική περιγραφή)  
 .....  
 Υπάρχει κάποιο στοιχείο για την κατάσταση υγείας σας το οποίο θα εμπόδιζε την σύναψη ασφαλιστηρίου συμβολαίου?.....  
 .....

**ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ - ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ ( Λήπτη της Ασφάλισης )**

1. Αφού διάβασα με προσοχή τις παραπάνω δηλώσεις μου,βεβαιώνω υπεύθυνα ότι αυτές είναι πλήρεις και αληθινές και δέχομαι να ασφαλισθώ με βάση αυτές τις δηλώσεις. Δέχομαι επίσης να αποτελέσουν τη βάση και τμήμα του ασφαλιστηρίου που θα εκδοθεί αν είμαι ασφαλισμένος για το είδος της ασφάλισης, τα ποσά και τις παροχές που ζητούνται με τα κανονικά ασφάλιστρα του Τιμολογίου και τους κανόνες που εφαρμόζει η Εταιρία.Με αυτό το έγγραφο ή φωτοαντίγραφο του εξουσιοδοτώ κάθε Νοσοκομείο Νοσηλευτικό Ίδρυμα ή Φυσικό Πρόσωπο που μου προσέφερε Ιατρική περίθαλψη, να δώσει στο γιατρό ή σε εξουσιοδοτημένο εκπρόσωπο της **ΙΝΤΕΡΣΑΛΟΝΙΚΑ** Ανώνυμης Ασφαλιστικής Εταιρίας Ζωής εγγράφως, κάθε ιατρική πληροφορία που θα ζητήσει σχετικά με οποιοδήποτε Ασφαλιστήριο ή Αίτηση για ασφάλιση που υποβλήθηκε.

2. Ο Συμβαλλόμενος (λήπτης της Ασφάλισης) και ο Ασφαλισμένος δίνει τη συναίνεσή του με την παρούσα στην Εταιρία, να φυλάσσει και να επεξεργαστεί μέσω τρίτων βοηθών και συνεργατών της, για όσο διάστημα είναι αναγκαίο, τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, ευαίσθητα και μη, τα οποία συγκεντρώνονται ως δικαιολογητικά της Ασφάλισης αυτής.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ...../...../201...

.....

(υπογραφή συνεργάτη) (υπογραφή ασφαλισμένου)