

Allianz Ελλάς Α.Α.Ε.

Πρόταση Προσωπικού Ατυχήματος

Allianz 

Κωδικός Συνεργάτη

Η απάντηση σε όλες τις ερωτήσεις είναι απαραίτητη και αποτελεί προϋπόθεση για την έκδοση του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου

1 Προσωπικά Στοιχεία

	Συμβαλλόμενος (Εάν είναι διαφορετικός του Ασφαλισμένου)	Ασφαλισμένος
Επώνυμο	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Όνομα	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Όνομα Πατρός	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ημερομηνία Γέννησης	<input type="text"/>	Ηλικία <input type="text"/>
ΑΔΤ / Αρ. Διαβατηρίου	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Επωνυμία Επιχείρησης	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Επάγγελμα / Είδος Επιχείρησης	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ηλικία / Έτη Λειτουργίας	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Α.Φ.Μ. / Δ.Ο.Υ.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Διεύθυνση	Οδός	Αριθμός	Περιοχή	Πόλη	T.K.
Αλληλογραφίας	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Τηλέφωνο	Κινητό	Fax	E-mail	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2 Διάρκεια Ασφάλισης

Ημερομηνία Έναρξης - από 12:00 μ.μ. Ημερομηνία Λήξης - έως 12:00 μ.μ.

3 Δικαιούχος/οι αποζημίωσης σε περίπτωση θανάτου

Όνοματεπώνυμο	Σχέση με τον Ασφαλισμένο
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4 Επιθυμητό είδος ασφάλισης

1. Ασφάλιση Ταξιδιού 2. Ασφάλιση Ατομικού / Ομαδικού Προσωπικού Ατυχήματος

5 Ασφάλιση Ταξιδιού

Τόπος Προορισμού: Όρια Κάλυψης
Μέσο Μεταφοράς: Σχέδιο Α Σχέδιο Β Σχέδιο Γ
(Στό Τιμολόγιο Προσωπικού Ατυχήματος αναφέρονται αναλυτικά τα όρια κάλυψης).

6 Ασφάλιση Ατομικού / Ομαδικού Προσωπικού Ατυχήματος

Καλυπτόμενα ποσά

- 1) Θάνατος από ατύχημα / μόνιμη ανικανότητα €
- 2) Ιατροφαρμακευτικές δαπάνες €
- 3) Πρόσκαιρη ανικανότητα (τό μήνα) €
- 4) Νοσοκομειακό επίδομα από ατύχημα ημερησίως €
- 5) Νοσοκομειακή περίθαλψη (το 80% των εξόδων) από ατύχημα μέχρι €

Απαραίτητη προϋπόθεση για την έκδοση Ομαδικού Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου είναι η υποβολή κατάστασης -σε ξεχωριστή σελίδα- των Ασφαλιζομένων με τα εξής στοιχεία:

1. Ονοματεπώνυμο
2. Έτος γέννησης
3. Ειδικότητα επαγγέλματος

7 Πρόσθετες Πληροφορίες

- Είστε αριστερόχειρας; ναι όχι
- Πάσχετε από αναπηρία, επιληψία, σωματική ή ψυχική βλάβη; ναι όχι
- Παίρνετε τυχόν φάρμακα και για ποια αιτία; ναι όχι
- Ασχολείστε με επικίνδυνα σπορ και ποια; ναι όχι
- Οδηγείτε δίκυκλο, τρίκυκλο, γεωργικό μηχάνημα, βενζινάκατο; ναι όχι
- Υποφέρετε από οποιασδήποτε φύσης ασθένεια; ναι όχι
Αν ναι, ποιά πάθηση και ποιά η αγωγή που ακολουθείτε.
- Νοσηλευθήκατε στο παρελθόν για θεραπεία ή χειρουργική επέμβαση; ναι όχι
Αν ναι, πότε και για ποιά αιτία.
- Υποφέρουν ή υπέφεραν οι γονείς ή τα αδέρφια σας, από διαβήτη, υπέρταση, καρδιακή πάθηση, νεοπλασμάτα ή κληρονομικά νοσήματα; ναι όχι
Αν ναι, ποιά πάθηση και σε ποιά ηλικία εμφανίστηκε;
- Έχετε κάποιο φυσικό ελάττωμα ή υποστεί ατύχημα ή ασθένεια, που σας έχει αφήσει κάποια αναπηρία οποιασδήποτε μορφής; ναι όχι

8 Λοιπά Στοιχεία

Προηγούμενες ζημιές

- Υπήρξαν ατυχήματα την τελευταία πενταετία; ναι όχι
Αν ναι, δώστε λεπτομέρειες
- Σας έχουν αρνηθεί στο παρελθόν πρότασή σας για την ασφάλιση των παραπάνω κινδύνων ή σας έχουν ακυρώσει σχετική ασφάλιση; ναι όχι
Αν ναι, ποια ασφαλιστική Εταιρία και πότε;

Άλλα ασφαλιστήρια

- Υπάρχουν άλλα ασφαλιστήρια για τον ίδιο κίνδυνο; ναι όχι
Αν ναι, αναφέρατε Εταιρίες, όρια κάλυψης και λήξη;

Έχετε άλλα ασφαλιστήρια στην Allianz;

Ζωής Πυρός Αυτοκινήτου Μεταφορών Αστικής Ευθύνης Άλλο

9 Τρόποι Πληρωμής Ασφαλίσεων

- Εφάπαξ Εξαμηνιαίως

ΕΚΘΕΣΗ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ

(συμπληρώνεται από το Συνεργάτη)

- ◆ Συνιστάτε την αποδοχή της παρούσας πρότασης; ναι όχι
- ◆ Πληροφορήσατε τον προτείνοντα την ασφάλιση για το συνολικό κόστος; ναι όχι
- ◆ Αν ναι, ποιο είναι το ποσό; €

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Έχοντας υπόψη μου τις συνέπειες του νόμου για τη μη σωστή περιγραφή του ασφαλιστικού κινδύνου (ν. 2496/97-άρθρ. 3, 5, 8) βεβαιώνω ότι οι απαντήσεις μου στην Πρόταση αυτή είναι απόλυτα ακριβείς και ανταποκρίνονται στην αλήθεια. Παρακαλώ, με βάση τα στοιχεία που δήλωσα και σύμφωνα με τους Γενικούς και Ειδικούς Όρους ασφάλισης που διάβασα και αποδέχομαι, να εκδώσετε ασφαλιστήριο για τις καλύψεις που ζήτησα. Γνωρίζω ότι σύμφωνα με το νόμο (Ν. 2496/97-άρθρο 6) για να ισχύσει η ασφάλιση που ζητώ, θα πρέπει να αποδεχθεί η Εταιρία την Πρότασή μου και να έχω απαραίτητα εξοφλήσει το ασφάλιστρο εφάπαξ ή την πρώτη δόση αυτού, εφόσον έχει συμφωνηθεί η καταβολή του ασφαλίστρου σε δόσεις. Η Πρόταση αυτή μαζί με όσες έγγραφες συμπληρωματικές πληροφορίες τυχόν ακολουθήσουν θα αποτελούν αποδεικτικά έγγραφα για την ασφάλιση που επιθυμώ να συνάψω με την Εταιρία. Δηλώνω ότι παρέλαβα μαζί με την Πρόταση το Έντυπο Πληροφοριών του άρθρου 4 § 2 περ. Η ΝΔ 400/70 και έλαβα γνώση των όρων και εξαιρέσεων που θα ρυθμίζουν την ασφάλιση που προτείνω.

Με τη συμπλήρωση της Πρότασης αυτής ο Λήπτης της Ασφάλισης (Συμβαλλόμενος) εκδηλώνει το ενδιαφέρον του για ασφάλιση και προτείνει τη σύναψη ασφαλιστικής σύμβασης με βάση τα στοιχεία που δήλωσε προς την Εταιρία. Η αποδοχή ή μη της Πρότασης για ασφάλιση ανήκει στην απόλυτη κρίση της Εταιρίας. Όσα στοιχεία δηλώνει ο Λήπτης της Ασφάλισης με την Πρόταση προορίζονται αποκλειστικά για την κατάρτιση της ασφαλιστικής σύμβασης που ζητήθηκε και θα τηρούνται από την Εταιρία με βάση το Ν. 2472/97 (Διατήρηση δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα).

Οποιαδήποτε επεξεργασία των στοιχείων αυτών είναι απόρρητη και θα διεξάγεται αποκλειστικά από πρόσωπα που είναι ειδικά εξουσιοδοτημένα από την Εταιρία. Σημειώνεται ότι ο Λήπτης της Ασφάλισης καθώς και ο Ασφαλιζόμενος ή/και δικαιούχος του Ασφαλισματος έχουν δικαίωμα πρόσβασης στα δεδομένα που τους αφορούν, ως και το δικαίωμα προβολής αντιρρήσεων, υποβάλλοντας σχετικό αίτημα στην Εταιρία.

Υπογραφή Συμβαλλομένου

Υπογραφή Εκπροσώπου και σφραγίδα με εταιρική επωνυμία αν πρόκειται για εταιρία

Υπογραφή Ασφαλισμένου

Υπογραφή, ονοματεπώνυμο Συνεργάτη

Ημερομηνία

Υπογραφή Δ/ντή Υποκαταστήματος

Ημερομηνία

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ (ΑΡΘΡΟΥ 4, ΠΑΡ. 2, Η Δ/ΤΟΣ 400/70)

Σε σχέση με την υπό σύναψη Ασφαλιστική Σύμβαση με την Εταιρία μας, σας παρέχονται οι πιο κάτω πληροφορίες:

- 1) Η πλήρης επωνυμία της συμβαλλόμενης Ασφαλιστικής Επιχείρησης έχει ως εξής: Allianz Ελλάς Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρία.
- 2) Η Έδρα της Ασφαλιστικής Εταιρίας βρίσκεται στην Ελλάδα επί της Λ. Αθηνών 110, Κτίριο Γ - 104 42 Αθήνα.
- 3) Εφαρμοστέο Δίκαιο που θα διέπει την Ασφαλιστική θα είναι το Ελληνικό.
- 4) Μέσα σε εύλογο χρονικό διάστημα η Ασφαλιστική Εταιρία θα απαντά με έγγραφο σε κάθε ερώτημα ή/και παρατήρησή της, εφόσον υποβληθούν αυτά εγγράφως προς την Έδρα της.

Allianz Ελλάδος
Λ. Αθηνών 110, Κτίριο Γ'
104 42 Αθήνα
Κέντρο Επικοινωνίας: 210 69 99 905
Fax: 210 69 29 046
e-mail: CustomerContact@allianz.gr
www.allianz.gr