



Ασφάλιση Προσωπικού Ατυχήματος

 Πρόταση έκδοσης ασφαλιστηρίου συμβολαίου

 Πρόταση τροποποίησης ισχύοντος ασφαλιστηρίου συμβολαίου

Αριθμός Συμβολαίου:

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΙΤΗΣΗΣ

Η απάντηση σε όλες ανεξαιρέτως τις ερωτήσεις της πρότασης είναι απαραίτητη και αποτελεί προϋπόθεση για την έκδοση του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου. Αν χρησιμοποιείται σαν Πρόταση Τροποποίησης θα συμπληρώνεται μόνο ό,τι διαφοροποιείται από την αρχική πρόταση.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΛΗΠΤΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
Νομικό πρόσωπο: Νομική επωνυμία Α.Φ.Μ. _ L L L L L L L L Δ.Ο.Υ.....

Είδος επιχείρησης.....

Στοιχεία επικοινωνίας εκπροσώπου

Φυσικό πρόσωπο: Επώνυμο Όνομα..... Φύλο Α Γ

 Πατρώνυμο Ημ/νία γέννησης ^{HH} ^{MM} ^{EEEE} A.Φ.Μ. _ | | | | | | | Δ.Ο.Υ.....

 Ταυτότητα: Αστυνομική Στρατιωτική Αδειαπαραμονής Άλλο..... Α.Δ.Τ. | | | | | | | _

Διαβατήριο | | | | | | | _ Εθνικότητα Επάγγελμα.....

Διεύθυνση αλληλογραφίας: Οδός & αριθμός Τ.Κ. | | | | Πόλη/Περιοχή.....

Τ.Θ. _ | | | | | | | Τηλέφωνο _ | | | | | | | | | | | | | Κινητό _ | | | | | | | | | | | | | Fax | | | | | | | | |

E-mail Ευγενή φροντίδα

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ
Συμπληρώνεται μόνο αν ο Συμβαλλόμενος και ο Ασφαλιζόμενος δεν είναι το ίδιο
πρόσωπο
Φυσικό πρόσωπο: Επώνυμο Όνομα..... Φύλο Α Γ

 Πατρώνυμο Ημ/νία γέννησης ^{HH} ^{MM} ^{EEEE} A.Φ.Μ. _ | | | | | | | Δ.Ο.Υ.....

 Ταυτότητα: Αστυνομική Στρατιωτική Αδειαπαραμονής Άλλο..... Α.Δ.Τ. | | | | | | | _

Διαβατήριο | | | | | | | _ Εθνικότητα Επάγγελμα.....

Διεύθυνση αλληλογραφίας: Οδός & αριθμός Τ.Κ. | | | | Πόλη/Περιοχή.....

Τ.Θ. _ | | | | | | | Τηλέφωνο _ | | | | | | | | | | | | | Κινητό _ | | | | | | | | | | | | | Fax | | | | | | | | |

E-mail

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ
Σε περίπτωση θανάτου

 1. Ονοματεπώνυμο..... Συγγένεια Ποσοστό..... Ημ/νία γέννησης ^{HH} ^{MM} ^{EEEE} _ _ _ _ _

 2. Ονοματεπώνυμο..... Συγγένεια Ποσοστό..... Ημ/νία γέννησης ^{HH} ^{MM} ^{EEEE} _ _ _ _ _

 3. Ονοματεπώνυμο..... Συγγένεια Ποσοστό..... Ημ/νία γέννησης ^{HH} ^{MM} ^{EEEE} _ _ _ _ _

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

 Από μεσημβρία της ^{HH} ^{MM} ^{EEEE} _ _ _ Τα συμβόλαια είναι ετήσιας διάρκειας

ΒΑΣΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΚΑΛΥΨΕΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΚΑΛΥΨΕΙΣ		<input type="radio"/>	EXTRA	TOTAL
Απώλεια ζωής από ατύχημα (Α.Ζ.)	€ 10.000	3	3	3
Μόνιμη ολική ανικανότητα από ατύχημα (Μ.Ο.Α.) / Μόνιμη μερική ανικανότητα από ατύχημα (Μ.Μ.Α.) %	€ 30.000	3	3	3
Ιατροφαρμακευτικά έξοδα από ατύχημα (Ι.Φ.Ε.)	€ 500		3	3
Νοσοκομειακό επίδομα από ατύχημα (Ν.Ε.)	€ 10 ημερησίως		3	3
Πρόσκαιρη ολική ανικανότητα από ατύχημα (Π.Ο.Α.)	€ 10 ημερησίως			3
Άμεση ιατρική βοήθεια (Α.Ι.Β.)		3	3	3

ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΩΝ ΚΕΦΑΛΑΙΩΝ & ΑΠΑΛΛΑΓΩΝ

Αριθμός επιλεγμένων μονάδων Δυνατότητα από 1-10 μονάδες

Επιλέξτε την απαλλαγή που επιθυμείτε για την κάλυψη της Π.Ο.Α.

 0 ημέρες 7 ημέρες 14 ημέρες

ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

Σημειώστε με X στα αντίστοιχα των απαντήσεων τετραγωνίδια.

- Εργαζόμενος Μη εργαζόμενος
- Είστε αριστερόχειρας; ΝΑΙ ΟΧΙ
- Πάσχετε από αναπηρία, επιληψία, σωματική ή ψυχική βλάβη; ΝΑΙ ΟΧΙ
- Παίρνετε φάρμακα και για ποια αιτία ΝΑΙ ΟΧΙ
- ~~Αισχ~~ ~~με~~ επικίνδυνα σπορ και ποια; ΝΑΙ ΟΧΙ
- Οδηγείτε δίκυκλο, τρίκυκλο, γεωργικό μηχάνημα, ταχύπλοο; ΝΑΙ ΟΧΙ
- Πάθατε ποτέ ακρωτηριασμό ή σωματικές βλάβες ΝΑΙ ΟΧΙ
- Ποιος ο Φορέας της Κοινωνικής σας Ασφάλισης:
αν ~~Υπάρχ~~ ~~ουν~~ ~~απορ~~ ~~αφή~~ ~~ματα~~ την τελευταία πενταετία ΝΑΙ ΟΧΙ
- ~~ΝΑΙ~~ ~~δ~~ ~~ώ~~ ~~στε~~ λεπτομέρειες
- ~~ου~~ ~~π~~ ~~α~~ ~~ρ~~ ~~α~~ ~~θ~~ ~~ή~~ ~~ι~~ ~~στο~~ παρελθόν πρότασή σας για την ασφάλιση των παραπάνω κινδύνων ή σας έχουν ακυρώσει σχετική ασφάλιση ΝΑΙ ΟΧΙ
- ~~ΝΑΙ~~, ποια ασφαλιστική Εταιρία και πότε;
- Είστε ασφαλισμένος με οποιαδήποτε νοσοκομειακή κάλυψη ή Προσωπικό Ατύχημα; ΝΑΙ ΟΧΙ
- ~~ΝΑΙ~~, αναφέρατε Εταιρία, όρια κάλυψης και λήξη
- Έχετε μόνιμη διαμονή στην Ελλάδα ΝΑΙ ΟΧΙ
- ~~ΝΑΙ~~ ~~δ~~ ~~ώ~~ ~~στε~~ λεπτομέρειες
- Έχετε απαλλαγεί ή έχετε πάρει αναβολή από την στρατιωτική σας θητεία για λόγους υγείας και ποιους; ΝΑΙ ΟΧΙ
- Ετήσιο φορολογητέο εισόδημα από προσωπική εργασία των 2 τελευταίων ετών Έτος Εισόδημα
- Έτος Εισόδημα

ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΑΙΤΗΜΑΤΑ

ΤΡΟΠΟΣ & ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟΥ

- Πιστωτική κάρτα INTERAMERICAN MASTERCARD MASTERCARD (εκτός INTERAMERICAN) VISA

Στοιχεία κατόχου πιστωτικής κάρτας: Επώνυμο Όνομα Α.Φ.Μ. ||||| ||||| -

Αριθμός κάρτας _ ||||| ||||| ||||| -

Ημ/νία λήξης ||| -

- Κάθε χρόνο Κάθε εξάμηνο

Επιδοτώ την INTERAMERIKAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΗΜΙΩΝ Α.Ε. να εξοφλεί τα ασφάλιστρα του συμβολαίου που θα εκδοθεί με βάση αυτήν την πρόταση ασφάλισης, καθώς και όλων των ανανεώσεών του. Η εξόφληση θα γίνεται με χρέωση της πιστωτικής μου κάρτας με βάση τα παραπάνω στοιχεία καθώς και όποιας κάρτας εκδίδεται σε αντικατάστασή της. Η εξουσιοδότηση αυτή ισχύει μέχρι η Εταιρία να παραλάβει έγγραφη δήλωσή μου, με την οποία θα ανακαλώ την παρούσα, τουλάχιστον 15 μέρες πριν από την ημερομηνία οφειλής. Επίσης, η εξουσιοδότηση αυτή, αναιρεί κάθε προηγούμενη εντολή χρέωσης με άλλη πιστωτική κάρτα.

Ημερομηνία

Υπογραφή Λήπτη της ασφάλισης

Υπογραφή Κατόχου Πιστωτικής Κάρτας

- Μετρητά Κάθε χρόνο Κάθε εξάμηνο

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟΥ

Εάν η εξόφληση των ασφαλιστρών μου γίνεται με πάγια εντολή (πιστωτική κάρτα ή λογαριασμός) τα χρήματα επιστρέφονται στην πιστωτική ή τον λογαριασμό αυτής της πάγιας εντολής. Σε διαφορετική περίπτωση θα κατατεθούν τα χρήματα από την Εταιρία στο λογαριασμό μου με τα παρακάτω στοιχεία.

Τράπεζα: IBAN: ||||| ||||| ||||| ||||| -

πλήρης επωνυμία της Ασφαλιστικής Εταιρίας που παρέχει την κάλυψη είναι «**INTERAMERICAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΗΜΙΩΝ Α.Ε.**». Αρ. Γ.Ε.ΜΗ. 305801000, Α.Φ.Μ. 094045552, Δ.Ο.Υ. ΦΑΕ ΑΘΗΝΩΝ.
 Καταστατική έδρα της Εταιρίας βρίσκεται στην Ελλάδα, στο Μαρούσι Αττικής, οδός Αγ. Κωνσταντίνου 57. Τα κεντρικά της γραφεία βρίσκονται στο Δήμο Αθηναίων, επί της Λεωφόρου Συγγρού 124-126.
 Σε περίπτωση μη υποχρεωτικής εκ του νόμου σύμβασης ασφάλισης και όπου υπάρχει δυνατότητα επιλογής μεταξύ περισσότερων δικαίων κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, λόγω στοιχείων αλληλαπότητας και σύγκρουσης δικαίων κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, κατ' εφαρμογή του Άρθρου 7 παρ. 3 του Κανονισμού (ΕΚ) 593/2008, η Εταιρία προτείνει ως εφαρμοστέο Δίκαιο της σύμβασης ασφάλισης, το Ελληνικό.
 Σε όλες άλλες περιπτώσεις (όπου, δηλαδή, δεν εμφανίζονται στοιχεία αλληλαπότητας και σύγκρουσης δικαίων κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης) εφαρμόζεται το Ελληνικό Δίκαιο.
 Αρμόδια Δικαστήρια είναι τα Δικαστήρια των Αθηνών.
 Η Εταιρία διαθέτει σύστημα διαχείρισης αιτιάσεων, σύμφωνα με την Πράξη 88/05.04.2016 της Εκτελεστικής Επιτροπής της Τράπεζας της Ελλάδος.

«Αίτηση» θεωρείται η γραπτή δήλωση δυσαρέσκειας από πρόσωπο που σχετίζεται με το ασφαλιστήριο συμβόλαιο ή με τις υπηρεσίες ασφάλισης που παρέχονται από την Εταιρία. Οι αιτιάσεις υποβάλλονται ως εξής:
 • Με e-mail στο complaintservice@interamerican.gr
 • Με fax στο 210-946 1034
 αχρονικά προς το Τμήμα Εξυπηρέτησης Πελατών, Λεωφόρος Συγγρού 124-126, Τ.Κ. 117 82 Αθήνα.
 Η Εταιρία, μόλις παραλάβει την αίτηση, αποστέλλει γραπτή επιβεβαίωση παραλαβής. Η Εταιρία απαντά στην αίτηση, το αργότερο εντός πενήντα (50) ημερολογιακών ημερών μέρες από την ημερομηνία υποβολής του. Ο Λήπτης της Ασφάλισης ή/ και ο Ασφαλισμένος διατηρούν τη δυνατότητα να προσφύγουν στο Συνήγορο του Καταναλωτή, με υπογεγραμμένη αναφορά, η οποία υποβάλλεται μέσα σε τρεις (3) μήνες από τότε που ο Λήπτης της Ασφάλισης ή/ και ο Ασφαλισμένος έλαβε γνώση της καταναλωτικής διαφοράς. Ωστόσο, ο Λήπτης της Ασφάλισης ή/ και ο Ασφαλισμένος διατηρούν πάντα τη δυνατότητα απευθείας προσφυγής στην Ελληνική Δικαιοσύνη σύμφωνα με τα αναφερόμενα στην παραπάνω παράγραφο 3.

Προς την
INTERAMERICAN
 Ελληνική Εταιρία
 Ασφαλίσεων Ζημιών Α.Ε.
 Έδρα:
 Αγ. Κωνσταντίνου 57
 151 24 Μαρούσι
 Κεντρικά Γραφεία:
 Λ. Συγγρού 124-126
 176 80 Αθήνα
 Τηλ. Κέντρο: 210 9461111
 Fax: 210 9461036
 e-mail: retail.zimion@interamerican.gr
www.interamerican.gr

απαντήσεις μου είναι πλήρεις και ακριβείς και δεν παρέλειψα περιστατικό ή στοιχείο που θα μπορούσε να επηρεάσει την εκτίμηση του κινδύνου από την Εταιρία.
 • **Πρό** τη σύναψη της σύμβασης ασφάλισης, έλαβα γνώση του των πληροφοριών που περιέχονται στο «Ενημερω-τικό Εντυπο Άρθρου 150 Ν. 4364/2016».
Ενημερώθηκα:
 • **ή** δήτηση ασφάλισης, ενώ αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ασφαλιστικής σύμβασης, δεν αποτελεί συμβόλαιο και δεν παρέχει ασφαλιστική κάλυψη.
 • **τι** να ισχύει η κάλυψή μου, θα πρέπει η Εταιρία να αποδεχτεί την αίτηση αυτή.
 • **τι** κάλυψη δεν αρχίζει πριν καταβληθεί το οφειλόμενο ασφαλιστρο που θα αναφέρεται στην ειδοποίηση πληρωμής.
Σχετικά με τα προσωπικά μου δεδομένα, ενημερώθηκα και αποδέχομαι ότι η Εταιρία:
 • **εί** να χρησιμοποιείται αρχείο με προσωπικά δεδομένα των Ασφαλισμένων της, στα οποία μπορεί, κατά περίπτωση, να περιλαμβάνονται και τα ευαίσθητα, με σκοπό την ομαλή λειτουργία και εκτέλεση της ασφαλιστικής σύμβασης.
 • **ο** πάντα χρησιμοποιεί τα προσωπικά μου δεδομένα, εκτός των ευαίσθητων, καθώς και τα στοιχεία επικοινωνίας που έχω δηλώσει, για προωθητικές ενέργειες δικές της ή τρίτων, καθώς και για έρευνες ικανοποίησης πελατών που διενεργεί ή ίδια ή μέσω τρίτων.
 • **δ** **α** των προσωπικών δεδομένων μπορούν να είναι

τα πρόσωπα που διαμεσολαβούν για τη σύναψη της ασφαλιστικής σύμβασης, δημόσιες αρχές με βάση τις επιταγές του νόμου ή δικαστικών αποφάσεων, η Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών, η Υ.Σ.Α.Ε., τα ασφαλιστικά ταμεία, πρόσωπα που έχουν δικαιώματα από τις ασφαλιστικές συμβάσεις, πραγματογνώμονες, γιατροί, δικηγόροι, δικαστικοί επιμελητές, κ.λπ.
Σχετικά με το Εφαρμοστέο Δίκαιο αποδέχομαι την πρόταση της Εταιρίας για εφαρμογή του Ελληνικού Δικαίου στη σύμβαση ασφάλισης. Αποκλειστικά αρμόδια θα είναι τα Δικαστήρια της Αθήνας.
Γνωρίζω ότι ως Ασφαλισμένος, έχω το δικαίωμα:
 • **να** **α** τα στοιχεία που με αφορούν προσωπικά, έπειτα από γραπτό αίτημά μου, και έναντι ποσού που θα καθορίσει η Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.
 • **να** **α** βάλω τυχόν εύλογες αντιρρήσεις, σύμφωνα με τα άρθρα 12 και 13 του Νόμου 2472/1997, όπως ισχύει, εντός των πλαισίων λειτουργίας της ασφαλιστικής σύμβασης.
 • **να** **α** ρνήσω οποτεδήποτε το δικαίωμα της Εταιρίας να χρησιμοποιεί τα προσωπικά μου δεδομένα για προωθητικές ενέργειες ή έρευνες, δικές της ή τρίτων.
 Οι παραπάνω δηλώσεις μου ισχύουν για κάθε ανανέωση της ασφαλιστικής μου σύμβασης, εκτός και αν τις τροποποιήσω με έγγραφό μου, που γίνει αποδεκτό από την Εταιρία. Με βάση τα παραπάνω στοιχεία, επιθυμώ να εκδώσετε ασφαλιστήριο συμβόλαιο.

Τόπος	Όνοματεπώνυμο Συμβαλλόμενου	Υπογραφή εκπροσώπου και σφραγίδα όταν πρόκειται για Εταιρία
Ημερομηνία <u> </u> <u> </u> / <u> </u> <u> </u> / <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	Υπογραφή Συμβαλλόμενου	
(Προκειμένου για ανήλικο) Υπογραφή Νόμιμου Εκπροσώπου	Όνοματεπώνυμο ολογράφως Νόμιμου Εκπροσώπου	Ιδιότητα Νόμιμου Εκπροσώπου

Βεβαιώνω ότι η παρούσα αίτηση συμπληρώθηκε και υπογράφηκε από τον αιτούντα παρουσία μου

K.A. Συνεργάτη ||||| - Υπογραφή Συνεργάτη - Υπογραφή Συντονιστή -