

✉ Λ. Κηφισίας 274, 152 32, Χαλάνδρι
 ☎ 210 68 29 601
 🌐 www.europaikipisti.gr
 📧 info@europisti.gr
 📱 www.facebook.com/europaikipisti

Ημερομηνία: _____/_____/20____

ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΛΑΔΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

Κωδικός Συνεργάτη: _____ Αριθ. Συμβολαίου: _____

Λήπτης της Ασφάλισης: _____ Ημ/νία γέννησης: _____ Όνομα πατρός: _____

Διεύθυνση: _____ Πόλη: _____ Τ.Κ: _____

e-mail: _____ Τηλ: _____ Κινητό Τηλ: _____ Επάγγελμα: _____

Α.Φ.Μ: _____ Δ.Ο.Υ: _____

Ασφαλιζόμενος: _____ Ημ/νία γέννησης: _____ Όνομα πατρός: _____

Διεύθυνση: _____ Πόλη: _____ Τ.Κ: _____

e-mail: _____ Τηλ: _____ Κινητό Τηλ: _____ Επάγγελμα: _____

Ακριβή επαγγελματικά καθήκοντα: _____

Α.Φ.Μ: _____ Δ.Ο.Υ: _____

Διάρκεια ασφάλισης από: _____ έως: _____ Τρόπος πληρωμής: 6μηνο 12μηνο Εφάπαξ

Στοιχεία Ασφαλιζόμενων

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

- 1) Πρόγραμμα "Ατομική Εξασφάλιση" Ετήσια Ολικά Ασφάλιστρα: _____
- 2) Πρόγραμμα "Παιδική Φροντίδα" Ετήσια Ολικά Ασφάλιστρα: _____
- 3) Πρόγραμμα "Οικογενειακή Φροντίδα" Ετήσια Ολικά Ασφάλιστρα: _____
- 4) Πρόγραμμα "Ατομικό Ταξιδιωτικό" Ετήσια Ολικά Ασφάλιστρα: _____
- 5) Πρόγραμμα "Ότι καλό" Ετήσια Ολικά Ασφάλιστρα: _____
- 6) Άλλο πρόγραμμα _____

03.13ΡΑ

Ελεύθερο Πρόγραμμα Ασφάλισης

ΠΑΡΟΧΕΣ	ΚΕΦΑΛΑΙΑ		
	1	2	3
Α: θ.Α			
Β: ΜΟΑ/ΜΜΑ			
Γ: ΠΟΑ ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ ΑΠΟ _____ ΗΜΕΡΑ			
Δ: ΕΞΟΔΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ			
Ε: ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ			
ΣΤ: ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ			
Ζ: _____			

Δικαιούχοι σε περίπτωση θανάτου:

- _____
- _____
- _____
- _____

Ετήσια Ολικά Ασφάλιστρα:

- 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 μας ή σε άλλη εταιρία: ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΡ. ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ: _____ ΑΣΦ. ΚΕΦΑΛΑΙΟ: _____ ΕΤΑΙΡΙΑ: _____

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΓΕΙΑΣ	ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ		ΣΥΖΥΓΟΣ		ΠΑΙΔΙΑ	
1. Βρίσκεστε αυτή τη στιγμή υπό ιατρική παρακολούθηση;	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>
2. Έχετε λάβει τα τελευταία 5 χρόνια φάρμακα ή νοσληυτήκατε σε νοσοκομείο ή κλινική για ιατρική παρακολούθηση ή εξετάσεις;	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>
3. Έχετε ή είχατε ποτέ:	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>
α. Παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος;	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>
β. Καρδιακές ενοχλήσεις ή πάθηση του κυκλοφοριακού συστήματος ή εγκεφαλικό επεισόδιο	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>
γ. Παθήσεις του νευρικού συστήματος;	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>
δ. Παθήσεις στομάχου, εντέρων, νεφρών, ήπατος, παγκρέατος ή χολής;	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>
ε. Κάποια πάθηση για την οποία ακολουθήσατε ή ακολουθείτε θεραπεία, π.χ. υπέρταση, σακχαροδιαβήτη, παθήσεις θυροειδούς ή χρησιμοποιείτε φάρμακα για κάποιον άλλο λόγο;	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>
στ. Υποβληθεί σε ιατρικές εξετάσεις ή ακτινογραφίες, Η.Κ.Γ.;	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>
ζ. Υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση;	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>
4. Έχετε κάποιο φυσικό ελάττωμα ή υποστεί ατύχημα ή ασθένεια που σας έχει αφήσει κάποια αναπηρία;	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>
5. Πάσχετε ή υποφέρατε στο παρελθόν από κάποια νόσο που δεν αναφέρεται παραπάνω;	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>
6. Για γυναίκες	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>
α. Είστε έγκυος;	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>
β. Πάσχετε ή υποφέρατε στο παρελθόν από οποιαδήποτε πάθηση της μήτρας, ωοθηκών, μαστών ή άλλη γυναικολογική πάθηση;	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>
7. Έχετε ή είχατε ποτέ στην οικογένειά σας (γονείς, αδελφια) περιπτώσεις παθήσεων καρδιάς, σακχάρου, νεφρών, υπερέτασας, καρκίνου, εγκεφαλικού, διανοητικών ή νευρικών διαταραχών;	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>
8. Για άνδρες:	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>
Απαλλαγίκατε από τις στρατιωτικές σας υποχρεώσεις;	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>
9. Είστε αριστερόχειρας;	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>	ΝΑΙ <input type="radio"/>	ΌΧΙ <input type="radio"/>

10. Αναφέρατε το ασφαλιστικό σας ταμείο: _____

Για τις ερωτήσεις που απαντήσατε "ΝΑΙ" παρακαλούμε αναφέρατε λεπτομέρειες: _____

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 ασφαλισμό του προτεινόμενου για ασφάλιση, παραμένουν όπως δηλώθηκε στην παρούσα αίτηση και την ιατρική έκθεση. Επίσης αποδέχομαι όπως η κατάρτιση τροποποίηση ή κατάργησή της, βάσει της παρούσης, συναπτόμενης ασφαλιστικής συμβάσεως, αποδεικνύεται μόνο με έγγραφα που φέρουν την υπογραφή των νομίμων εκπροσώπων της ασφαλιστικής εταιρίας. Συμφωνώ όπως, εφ' όσον αποδεχτώ ή εφ' όσον δεν εναντιωθώ εγγράφως εντός της νόμιμης προθεσμίας σε ασφαλιστήριο διαφορετικό από αυτό που αιτήθηκε με την παρούσα, η αίτησή μου θα ισχύει για το ασφαλιστήριο τούτο, θεωρούμενη σαν τροποποιημένη ανάλογα.

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:

Α) 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.

Β) 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 δικαιώματος 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 παράσχει 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 Λήπτη
ασφάλισης

Υπογραφή Συνεργάτη