



**ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ**

ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ

**ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

**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€  
 ΑΝΤΙΚΑΤΑΒΟΛΗ     
  ΜΕΣΩ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΟΥΝΤΑ  
 ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ ΣΕ ΛΟΓΙΣΜΟ ΤΗΣ ΑΙΓΑΙΟΝ     
  ΤΑΧΥΠΛΗΡΩΜΗ

**ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΘΑΝΑΤΟΥ**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΣΧΕΣΗ	%
1				
2				
3				

**ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΟΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ**

--	--	--	--	--

**ΣΧΕΔΙΑ ΚΑΛΥΨΗΣ:** MAGNUM       ΑΤΟΜΙΚΟ Α  Β  Γ

**ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ** Α  Β  Γ  Δ  Ε  ΣΤ  (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

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

**ΓΡΑΦΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ:** ΛΑΕΡΤΟΥ 22, 555 35 ΠΥΛΑΙΑ, ΤΗΛ.: +30 23130 83400, FAX: +30 23130 83450, E-MAIL: [thessaloniki@aigaion.gr](mailto:thessaloniki@aigaion.gr)

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ: Τ.Θ. 8812, Capital Center, 570 01 ΘΕΡΜΗ

Α.Μ.Α.Α.Ε. 32888/05/Β/95/001 | Α.Φ.Μ. 094472389 | Δ.Ο.Υ. ΦΑΕ ΠΕΙΡΑΙΑ



## ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

A 1 Είσατε 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;  ΝΑΙ  ΟΧΙ  
(Να αναφέρετε οτιδήποτε, ανεξάρτητα σοβαρότητας)

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

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 ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ;  
Αποτέλεσμα :  ΝΑΙ  ΟΧΙ
- Έχετε κάνει μαστογραφία;  
Αποτέλεσμα :  ΝΑΙ  ΟΧΙ

#### 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 εταιρίες;  ΝΑΙ  ΟΧΙ
- Εταιρία: \_\_\_\_\_ Ημερομηνία Λήξης \_\_\_\_\_

- Έχετε άλλα ασφαλιστήρια στην Εταιρία μας;  
Σε ποιους κλάδους;  ΝΑΙ  ΟΧΙ

##### 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)

Παρακαλώ να εκδώσετε ασφαλιστήριο συμβόλαιο με βάση τα πιο πάνω στοιχεία, τα οποία δηλώνω ότι είναι ακριβή και αληθινά. Δηλώνω ότι αποδέχομαι την ασφάλιση αυτή σύμφωνα με τους όρους του ασφαλιστηρίου συμβολαίου που μου γνωστοποιήθηκαν από την Εταιρία και συμφωνώ να ισχύσει η ασφάλιση αφού προηγουμένως η πρότασή μου αυτή γίνει δεκτή από την Εταιρία σας και εξοφλήσω τα αναλογούντα ασφάλιστρα.

Δηλώνω επίσης ότι έλαβα γνώση τελικά από την Εταιρία όλων των προβλεπόμενων από το Νόμο πληροφοριών (Ν 400/70, άρθρο 4, παρ. 2, περίπτωση Η), ειδικότερα, ότι η σύμβαση που θα καταρτιστεί θα διέπεται από το Ελληνικό δίκαιο, ότι παρέχεται δικαίωμα υποβολής γραπτών αιτημάτων και παραπόνων στην Εταιρία, η οποία έχει υποχρέωση να δίνει εξηγήσεις γραπτά, μέσα σε 15 μέρες από την υποβολή του γραπτού αιτήματος ή παραπόνου και σε καμία περίπτωση η διαδικασία αυτή δεν αποστειρεί τον λήπτη της ασφάλισης από τη νόμιμη δικονομική του προστασία.

Η πρόταση αυτή θα αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του ασφαλιστηρίου συμβολαίου.

Για υποβολή αίτασης στην Εταιρία επισκεφθείτε την ηλεκτρονική διεύθυνση στο διαδίκτυο [www.aigaion.gr/Επικοινωνία](http://www.aigaion.gr/Επικοινωνία) ή τηλεφωνήστε στο 2109119792.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΠΡΟΤΕΙΝΟΝΤΟΣ

ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΤΑΙΡΙΑΣ