



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

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

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

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

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

ΕΦ'ΑΠΑΞ

ΕΞΑΜΗΝΟΣ

ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΘΑΝΑΤΟΥ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΣΧΕΣΗ	%
1				
2				
3				

ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΟΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ

--	--	--	--	--

ΣΧΕΔΙΑ ΚΑΛΥΨΗΣ

MAGNUM

ΑΤΟΜΙΚΟ

A

B

Γ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΑΡΟΧΩΝ

ΘΑΝΑΤΟΣ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ	ΕΥΡΩ
ΜΟΝΙΜΗ ΟΛΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ	ΕΥΡΩ
ΜΟΝΙΜΗ ΜΕΡΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ (%)	ΕΥΡΩ
ΠΡΟΣΚΑΙΡΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ	ΕΥΡΩ
ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΠΑΡΟΧΗ (έως 360 ημέρες)	
ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΞΟΔΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ	ΕΥΡΩ
ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ (έως 360 ημέρες)	ΕΥΡΩ
ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ (έως 20 ημέρες)	ΕΥΡΩ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ – 80%	ΕΥΡΩ

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

ΓΡΑΦΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ: ΤΣΙΜΙΣΚΗ 85, 546 22 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΤΗΛ.: +30 2310 254110, FAX: +30 2310 254154, E-MAIL: aigaion@the.forthnet.gr



ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

A 1 Είσατε Αριστερόχειρας ; Σε ποιο ταμείο Ασφάλισης ανήκετε;				ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Οικογενειακή κατάσταση;	Έγγαμος <input type="checkbox"/> Άγαμος <input type="checkbox"/>	Διαζευγμένος/η <input type="checkbox"/>	Χήρος/α <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	Πόσα τσιγάρα την ημέρα;		
A 4 Ασχολείσθε με σπορ;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	Και ποια;		
A 5 Οδηγείτε δίκυκλο, γεωργικό μηχανήμα, βενζινάκατο ;				ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
A 6 Έχετε υποβάλει στο παρελθόν αίτηση ασφάλισης σε Ασφαλιστική Εταιρία η οποία απερρίφθη; Αν ναι για πιο λόγο και σε ποια Εταιρία;				ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
A 7 Έχετε στο παρελθόν αποζημιωθεί από Ατύχημα ή Ασθένεια;				ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
B 1 Έχετε ποτέ αρρωστήσει από κάποια ασθένεια;				ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
B 2 Πάσχετε αυτή τη στιγμή από κάτι ή κάνετε θεραπεία για κάποιο πρόβλημα; (Να αναφέρετε οτιδήποτε, ανεξάρτητα σοβαρότητας)				ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
B 3 Έχετε χειρουργηθεί ή νοσηλευθεί στο παρελθόν για κάποιο λόγο; (Ασθένεια – Ατύχημα)				ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
B 5 Κάνατε μικροβιολογικές, ακτινολογικές ή οποιοσδήποτε εξετάσεις τα τελευταία 5 χρόνια; Έχετε πάρει αίμα μέχρι τώρα με μετάγγιση;				ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
B 6 Έχετε υποβληθεί σε θεραπεία για αλκοολισμό ή χρήση ναρκωτικών;				ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
B 7 Υποφέρατε στο παρελθόν ή υποφέρετε τώρα από δισκοπάθεια, οσφυαλγία;				ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
B 8 Πρόκειται στο εγγύς μέλλον να συμβουλευθείτε ειδικό ιατρό, να νοσηλευθείτε ή να χειρουργηθείτε;				ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
B 9 Έχει κάποιος από την οικογένεια σας υψηλή αρτηριακή πίεση, καρδιά, καρκίνο, νευρικές ή διανοητικές ασθένειες;				ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
B10 Πάσχετε από αναπηρία, επιληψία, σωματική ή ψυχική βλάβη;				ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	Αν ναι πόσων μηνών;
Έχετε ή είχατε κατά το παρελθόν γυναικολογικά προβλήματα;		ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Έχετε νοσηλευθεί εξ' αιτίας αυτών;		ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Έχετε κάνει ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ;		ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Αποτέλεσμα :		

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

ΓΡΑΦΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ: ΤΣΙΜΙΣΚΗ 85, 546 22 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΤΗΛ.: +30 2310 254110, FAX: +30 2310 254154, E-MAIL: aigaion@the.forthnet.gr



Έχετε κάνει μαστογραφία;

ΝΑΙ ΟΧΙ

ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΑΝΔΡΕΣ

Έχετε απαλλαγεί ή πάρει αναβολή κατάταξης στις Ένοπλες Δυνάμεις για λόγους Υγείας;

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΑΛΛΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ

Υπάρχουν ασφαλιστήρια σε ισχύ σε άλλες εταιρίες;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εταιρία:

Ημερομηνία Λήξης

Έχετε άλλα ασφαλιστήρια στην Εταιρία μας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Σε ποιους κλάδους;

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)

Η παρούσα Πρόταση θα αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου, γι' αυτό και η συμπλήρωση όλων των σημείων που αφορούν τον προτεινόμενο για ασφάλιση είναι υποχρεωτική.

Προς την

AIGAION ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ Α.Ε.

Λεωφ. Βουλιαγμένης 90, Γλυφάδα

Δηλώνω ότι, οι πληροφορίες που παρέχονται ανταποκρίνονται στην αλήθεια και ότι δεν απέκρυψα κανένα στοιχείο που μπορεί να επηρεάσει την αξιολόγηση του κινδύνου.

Παρακαλώ με βάση τα στοιχεία που δήλωσα να εκδώσετε Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο Προσωπικών Ατυχημάτων.

Συμφωνώ η ασφάλιση να ισχύσει μετά την αποδοχή της πρότασής μου από την Εταιρία σας και με προηγούμενη εξόφληση των ασφαλιστρών που αναλογούν.

Η παρούσα πρόταση αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου και ισχύει για κάθε επόμενη ανανέωσή του εκτός και αν τροποποιηθεί με έγγραφη εντολή μου, που θα γίνει αποδεκτή εγγράφως από την Εταιρία.

Δηλώνω επίσης ότι μου παραδόθηκε από τον συνεργάτη και παρέλαβα έγγραφο (έντυπο) της Εταιρίας σας με τις πληροφορίες που προβλέπονται (όπως σε αυτό αναφέρονται) από το άρθρο 4, παρ. 2, περ. Η', ΝΔ 400/70 (όπως τούτο τροποποιήθηκε από το Π.Δ. 252/96), τόσο τις γενικές όσο και τις ειδικές σχετικά με τους αιτηθέντες από εμένα προς κάλυψη ασφαλιστικούς κινδύνους.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΠΡΟΤΕΙΝΟΝΤΑ

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ

Ενημερωτικό Έντυπο Πληροφοριών (άρθρου 4, παρ.2 περ. Η', Ν.Δ. 400/70). Σε σχέση με την υπό σύναψη Ασφαλιστική Σύμβαση με την Εταιρία μας, σας παρέχονται οι ακόλουθες πληροφορίες:

1. Η πλήρης επωνυμία της συμβαλλόμενης Ασφαλιστικής Επιχείρησης έχει ως εξής: AIGAION Ασφαλιστική Ανώνυμη Εταιρία.

2. Η έδρα της Ασφαλιστικής Εταιρίας βρίσκεται στην Ελλάδα, επί της Λεωφόρου Βουλιαγμένης 90, Γλυφάδα.

3. Εφαρμοστέο Δίκαιο που θα διέπει την Ασφαλιστική Σύμβαση θα είναι το Ελληνικό.

4. Μέσα σε εύλογο χρονικό διάστημα, η Ασφαλιστική Εταιρία θα απαντά εγγράφως σε κάθε πρόβλημα ή παρατήρησή σας, για τα οποία ο έγγραφος τύπος θα κρίνεται απαραίτητος. Σε κάθε άλλη περίπτωση θα ικανοποιεί το ταχύτερο δυνατό κάθε αίτημά σας που κρίνεται εύλογο.