

Πρόταση Ασφάλισης ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Κωδικός Διαμεσολαβούντα

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΛΗΠΤΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------|----------|
| Όνοματεπώνυμο ή Επωνυμία: | | | |
| Ημερομηνία γέννησης : | Ημέρα: | Μήνας: | Έτος: |
| Οδός : | Αριθμός : | Πόλη : | Τ.Κ. : |
| A.Φ.Μ. : | Δ.Ο.Υ. : | Τηλέφωνο : | Κινητό : |
| FAX : | E-mail address : | | |
| Δηλώστε Αριθμό Δικαιούχων της ΚΑΡΤΑΣ ΠΡΟΝΟΜΙΩΝ CROMAR "ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ" (αφορά και σε τυχόν συνεταίρους – εργαζομένους) : | | | |

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

| | | | |
|----------------------------|-----------|------------|----------|
| Όνοματεπώνυμο : | | | |
| Ημερομηνία γέννησης : | Ημέρα: | Μήνας: | Έτος: |
| Οδός : | Αριθμός : | Πόλη : | Τ.Κ. : |
| A.Φ.Μ. : | Δ.Ο.Υ. : | Τηλέφωνο : | Κινητό : |
| Κύριο επάγγελμα : | | | |
| Δευτερεύοντα επαγγέλματα : | | | |

| ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΜΕΛΗ : ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ | Ημερομηνία Γέννησης | Σχέση με τον Ασφαλιζόμενο |
|--------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

| | | | |
|--------------|--------------------|------------|--------------------|
| Έναρξη από : | (12:00 Μεσημβρινή) | Λήξη έως : | (12:00 Μεσημβρινή) |
|--------------|--------------------|------------|--------------------|

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ**ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΑ ΠΟΣΑ (σε €)**

| ΒΑΣΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ | 1 ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΩΤΑΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ ΟΡΙΟΥ (1^ο ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ) | 1 ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΩΤΑΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ ΟΡΙΟΥ (2^ο ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Θάνατος από ατύχημα | 5.000,00 | 10.000,00 |
| 2. α) Μόνιμη Ολική Ανικανότητα από ατύχημα | 5.000,00 | 10.000,00 |
| β) Μόνιμη Μερική Ανικανότητα από ατύχημα (ποσοστό βάση πίνακα Μόνιμης Μερικής Ανικανότητας) | 5.000,00 | 10.000,00 |
| 3. Ιατροφαρμακευτικά έξοδα ατυχήματος | 500,00 | 500,00 |
| 4. Χειρουργικό Επίδομα συνεπεία ατυχήματος (%) | 500,00 | 500,00 |
| 5. Ημερήσιο Νοσοκομειακό Επίδομα συνεπεία ατυχήματος (από την 3η – 365 ^η ημέρα) | 10,00 | 10,00 |
| 6. Επείγουσα υγειονομική μεταφορά | 500,00 | 500,00 |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------|------|------|
| ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ | | |
| Πρόσκαιρη ολική ανικανότητα από ατύχημα (από την 7η – 365η ημέρα) | 5,00 | 5,00 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| ΔΗΛΩΣΤΕ ΕΠΙΘΥΜΗΤΟ ΑΡΙΘΜΟ ΜΟΝΑΔΩΝ (από 1 - 10 για τις κατηγορίες επαγγελματών 1 και 2 και από 1 - 6 για την κατηγορία 3) Σε περίπτωση που επιθυμείτε το Ανώτατο Ασφαλιζόμενο Όριο να υπερβαίνει τους παραπάνω αριθμούς μονάδων ανά κατηγορία επαγγελματών παρακαλούμε επικοινωνήστε με την Εταιρία για εκτίμηση του κινδύνου. | () μονάδες |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|

| | |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| ΕΠΙΛΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ (ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΑΣ) | |
| 1 ^ο ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ <input type="checkbox"/> | 2 ^ο ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ <input type="checkbox"/> |
| ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ <input type="checkbox"/> | |

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Έχετε οποιοδήποτε σωματικό ή άλλου είδους ελάττωμα ή αδυναμία ; Εάν ναι, αναφέρετε λεπτομέρειες : | ναι <input type="checkbox"/> όχι <input type="checkbox"/> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Είχατε στο παρελθόν τραυματισμούς, ασθένειες ή παθήσεις (αναφέρετε λεπτομέρειες και διάρκεια) : |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|

| |
|----|
| 1. |
|----|

| |
|----|
| 2. |
|----|

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Έχετε σε ισχύ άλλη παρόμοια ασφάλιση ; Εάν ναι, αναφέρετε ασφαλιστική εταιρία, ασφαλιζόμενα κεφάλαια κλπ : | ναι <input type="checkbox"/> όχι <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Σας έχει αρνηθεί ποτέ ασφαλιστική εταιρία παρόμοια ασφάλιση ή έθεσε ειδικούς όρους ; Εάν ναι, αναφέρετε λεπτομέρειες : | ναι <input type="checkbox"/> όχι <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

| | |
|------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Οδηγείτε μοτοσυκλέτα ; | ναι <input type="checkbox"/> όχι <input type="checkbox"/> |
|------------------------|-----------------------------------------------------------|

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Έχετε νοσηλευθεί ή συμβουλευτεί ιατρό την τελευταία 5ετία για οποιοδήποτε λόγο; | ναι <input type="checkbox"/> όχι <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Παρακαλούμε δηλώστε αν ασκείτε χειρωνακτική εργασία, αν ναι δηλώστε αν κάνετε χρήση μηχανημάτων | ναι <input type="checkbox"/> όχι <input type="checkbox"/> |
| | δηλώστε είδος μηχανημάτων |

| | |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Έχετε υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση; | ναι <input type="checkbox"/> όχι <input type="checkbox"/> |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Ζητήσατε ποτέ ή λάβατε παροχή ή πληρωμή λόγω τραυματισμού, ασθένειας ή ανικανότητας από άλλη ασφαλιστική εταιρία ή άλλο φορέα ασφάλισης ; | ναι <input type="checkbox"/> όχι <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Αναφέρετε δραστηριότητές σας που σας εκθέτουν σε αυξημένο κίνδυνο ατυχήματος : Κυνήγι, κατάδυση, ιππασία, αναρρίχηση, αγώνες ταχύτητας με μηχανικά μέσα, ερασιτεχνικό αθλητισμό, πιλοτάρισμα κ.α. | ναι <input type="checkbox"/> όχι <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Εάν έχετε απάντηση σε οποιαδήποτε ερώτηση καταφατικά και θέλετε να μας διευκρινίσετε οτιδήποτε παρακαλώ σημειώστε εδώ; |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Τρόπος καταβολής ασφαλίσεων :

Κατώτατο ποσό δόσης στο **1^ο Πρόγραμμα** € 26,00 και στο **2^ο Πρόγραμμα** € 40,00.-

Εφάπαξ

Εξαμηνιαία

Τριμηνιαία

Δικαιούχοι ασφάλισματος σε περίπτωση θανάτου :

Όνοματεπώνυμο

Σχέση με τον Ασφαλιζόμενο

1.

2.

Παρατηρήσεις Εταιρίας (συμπληρώνεται από την Εταιρία)

| |
|----|
| 1. |
| 2. |
| 3. |

Η παρούσα Πρόταση Ασφάλισης αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα του ασφαλιστηρίου συμβολαίου που πρόκειται να εκδοθεί εφόσον κάθε ένα από τα ενδιαφερόμενα μέρη, ήτοι ο προτείνων την ασφάλιση και ο Εξουσιοδοτημένος Ανταποκριτής, αποδεχτούν και συμφωνήσουν να προβούν στην έκδοση αυτού του ασφαλιστηρίου συμβολαίου.

Δηλώνεται και συμφωνείται ότι ο προτείνων την ασφάλιση επιβεβαιώνει και δηλώνει υπεύθυνα ότι :

A) Δεν παρέλειψε ούτε απέκρυψε οτιδήποτε θα μπορούσε να επηρεάσει τον υπό εκτίμηση κίνδυνο,

B) Αποδέχεται την παρούσα ασφάλιση σύμφωνα με τους όρους που αναφέρονται στο ασφαλιστήριο,

Γ) Συμφωνεί να υποβληθεί σε ιατρικές εξετάσεις που τυχόν ζητηθούν από τους Ασφαλιστές / Εξουσιοδοτημένο Ανταποκριτή,

Δ) Η ασφαλιστική σύμβαση δεν ολοκληρώνεται και οι Ασφαλιστές / Εξουσιοδοτημένος Ανταποκριτής δε φέρουν κανένα κίνδυνο πριν από την παράδοση του ασφαλιστηρίου στον προτείνοντα την ασφάλιση, που θα εκδοθεί σύμφωνα με αυτή την αίτηση, και την καταβολή του πρώτου ασφαλίστρου. Προϋπόθεση για την εγκυρότητα του Ασφαλιστηρίου είναι το αμετάβλητο της κατάστασης της υγείας του προτείνοντα μέχρι την παράδοση σε αυτόν και την καταβολή του πρώτου ασφαλίστρου.

Επίσης, ο προτείνων, έχοντας υπόψη του τις διατάξεις του Ν.2472/97 περί προστασίας του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, συναινεί ρητά και ελεύθερα στη χορήγηση από οποιονδήποτε ιατρό, νοσοκομείο, ιδιωτική κλινική, διαγνωστικό κέντρο, ασφαλιστική εταιρεία, ίδρυμα ή πρόσωπο που έχει αποδείξεις ή γνωρίζει κάτι για τον προτείνοντα ή την υγεία του, προς τους Ασφαλιστές / Εξουσιοδοτημένο Ανταποκριτή, όλων των πληροφοριών σε σχέση με την υγεία και το ιατρικό ιστορικό, νοσηλεία σε νοσοκομείο, αποτελέσματα ιατρικών εξετάσεων και λοιπές πληροφορίες που τυχόν ζητηθούν. Επίσης εξουσιοδοτώ τους Ασφαλιστές / Εξουσιοδοτημένο Ανταποκριτή όπως καταχωρεί, επεξεργάζεται και τηρεί στο αρχείο της όλα τα προαναφερθέντα στοιχεία, για τους σκοπούς της σύμβασης που τυχόν θα προκύψει με την αίτηση αυτή.

Η παρούσα επέχει θέσει Εξουσιοδότησης προς κάθε ιατρό, νοσοκομείο, ιδιωτική κλινική, διαγνωστικό κέντρο, ασφαλιστική εταιρεία, ίδρυμα ή πρόσωπο που έχει αποδείξεις ή γνωρίζει κάτι για τον προτείνοντα ή την υγεία του, χορηγείται δε μόνο για:

α) την αξιολόγηση της παρούσας αίτησης για ασφάλιση, β) τη διαπίστωση της αλήθειας των παραπάνω δηλώσεων, γ) την περίπτωση κατά την οποία έχει υποβληθεί αίτηση αποζημίωσης στα πλαίσια της ασφαλιστικής κάλυψης που αιτείται ο προτείνοντας.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΠΡΟΤΕΙΝΟΝΤΟΣ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ/...../.....

.....

.....

Έγκριση Εταιρίας :