

ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

1. Ονοματεπώνυμο
2. Διεύθυνση οικίας
3. Τηλ. Οικίας 4. Ημερ. γεννήσεως 5. Ύψος 6. Βάρος
7. Επάγγελμα
- Δώστε λεπτομέρειες:
(α) Χρησιμοποιείτε μηχανήματα;
- (β) Εργάζεστε χειρονακτικά;
- (γ) Επιβλέπετε μόνο;
- (δ) Απασχολείστε με γραφειακή δουλειά μόνο;
8. Ονομα εργοδότη (εάν ο ασφαλιζόμενος είναι εργοδοτούμενος)
9. Διεύθυνση εργασίας 10. Τηλ Εργασίας

B. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ (εάν είναι διαφορετικός από τον ασφαλισμένο)

1. Ονοματεπώνυμο
2. Διεύθυνση αλληλογραφίας
3. Τηλέφωνο 4. Σχέση με τον Ασφαλισμένο

Γ. ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

1. Αναφέρατε για ποιές σοβαρές ασθένειες ή ατυχήματα συμβουλευθήκατε γιατρό κατά το παρελθόν. Δώστε λεπτομέρειες (όνομα γιατρού, διάρκεια ανικανότητας, λεπτομέρειες θεραπείας και αποτελέσματα)
2. Είναι η κατάσταση της υγείας σας καλή; Εάν όχι δώστε λεπτομέρειες
3. Υποφέρετε από ασθένεια των ματιών, αυτιών, της καρδιάς, επιληψία, κίρσους, διαβήτη, ψηλή πίεση αίματος, δυσκοπία, κήλη, παράλυση, νευρικές διαταραχές ή από οποιαδήποτε χρόνια πάθηση; Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες.
4. Υπάρχουν συνθήκες στο επάγγελμα σας, στις συνήθειες σας ή στις ασχολίες σας που σας εκθέτουν σε ιδιαίτερο κίνδυνο; Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες
5. Ασχολείστε με οποιοδήποτε σπορ; Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες

6. Ταξιδεύετε στο εξωτερικό εκτός για σκοπούς αναψυχής; Εάν ναι, δηλώστε πόσο συχνά ταξιδεύετε, ποιές χώρες επισκέπτεσθε, διάρκεια ταξιδιού και λόγους ταξιδιού
7. Έχει ποτέ απορριφθεί ή ακυρωθεί πρόταση σας ασφάλεια ζωής, ατυχημάτων ή ιατρικής περίθαλψης ή έχει γίνει αποδεκτή με επιπρόσθετο ασφάλιστρο ή ειδικούς όρους; Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες
8. Έχετε άλλη ασφάλεια ατυχημάτων; Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες
9. Είχατε ποτέ οποιοδήποτε ατύχημα για το οποίο ζητήσατε αποζημίωση; Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες

Δ. ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ – ΩΦΕΛΗΜΑΤΑ

	Ποσά ασφαλίσεως	Ασφάλιστρο
(I) Θάνατος (εφ' άπαξ)	€	€
(II) Μόνιμη ολική ανικανότητα (εφ' άπαξ)	€	€
(III) Προσωρινή ολική αναικανότητα (για κάθε βδομάδα)	€	€
(IV) Ιατρικά έξοδα (για κάθε ατύχημα)	€	€
(V) Παραμονή σε νοσοκομείο ή Κλινική (για κάθε μέρα)	€	€

€
===== Περίοδος ασφάλισης

από μέχρι

Ε. ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω ότι οι πιο πάνω απαντήσεις είναι αληθινές ότι είμαι σε καλή κατάσταση υγείας και ότι δεν έχω αποκρύψει οποιαδήποτε ουσιώδη πληροφορία, συμφωνώ δε ότι η Πρόταση αυτή μαζί με τη Δήλωση θα αποτελέσουν τη βάση για τη σύμβαση μεταξύ μου και της ATLANTIC INSURANCE CO. PUBLIC LTD και ότι είμαι πρόθυμος να αποδεχτώ ένα συμβόλαιο σύμφωνα με τους όρους, εξαιρέσεις και κανονισμούς που περιγράφονται σ' αυτό. Η Εταιρεία δεν έχει καμμία υποχρέωση μέχρι η Πρόταση να γίνει δεκτή.

Ημερομηνία Υπογραφή Ασφαλιζόμενου

Ημερομηνία Υπογραφή Συμβαλλόμενου