

ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΝΑΝΤΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

1) Πλήρες όνομα

2) Διεύθυνση Τηλ.

3) Επάγγελμα (εάν είναι περισσότερα από ένα, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες)

.....
.....
.....

4) Παρακαλούμε σημειώστε όπου ισχύει:

Αυτοεργοδοτούμενος

Χειρώνακτας

Εργοδοτούμενος

Επόπτης

Χρησιμοποιώ εργαλεία και μηχανήματα

Ημερομηνία Γεννήσεως:

Δεν χρησιμοποιώ εργαλεία και μηχανήματα

5) Χρειαστήκατε ιατρικές συμβουλές ή θεραπεία σε Νοσοκομείο κατά την τελευταία 10ετία; Αν ΝΑΙ, δώστε πληροφορίες:

.....

6) Έχετε καμιά αναπηρία; Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες:

.....
.....

7) Υποφέρατε ποτέ από ασθένειες; Της καρδιάς, εγκεφάλου, νεύρων, νεφρών, σπλάχνων; Από διαβήτη, διακοπάθεια, ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος ή των αισθητηρίων οργάνων; από υπέρταση, ασθένειες του αίματος, του δέρματος, ή των αδένων; Από καμιά άλλη ασθένεια; Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες:

.....
.....

8) Απορρίφθηκε ποτέ αίτησή σας για Ασφάλεια Ζωής, Ατυχημάτων ή Ασθένειας; Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες:

.....
.....

9) Ασχολείστε με οποιοδήποτε άθλημα; Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες (Ίδτε όπισθεν):

.....
.....

Εκλογή Παροχών	Κατηγορία	Ποσό £	Ασφάλιστρα
A) ΘΑΝΑΤΟΣ από ατύχημα ΜΟΝΟ	£
B) Μόνιμη Ολική Ανικανότητα	£
Γ) Προσωρινή Ολική Ανικανότητα	£
για εργασία			
Δ) Ιατρικά έξοδα	£
Σ Υ Ν Ο Λ Ο £			

- Σημ.** (i) Δεν παρέχεται κάλυψη για κινδύνους Β Γ Δ μόνο παρά σαν συμπλήρωμα της ασφάλειας για ΘΑΝΑΤΟ.
(ii) Το ποσό της μόνιμης ολικής ανικανότητας δεν πρέπει να είναι μεγαλύτερο του ωφελήματος που παρέχεται σε περίπτωση θανάτου.
(iii) Τα ωφελήματα για προσωρινή ολική ανικανότητα δεν πρέπει να υπερβαίνουν το 75% των κανονικών απολαβών.
(iv) Πρόσωπα που έχουν ηλικία μικρότερη των 16 και μεγαλύτερη των 65 δεν μπορούν να ασφαλισθούν.

Δηλώνω/υπεύθυνα ότι όλες οι πιο πάνω δηλώσεις μου είναι πλήρεις και αληθινές και δέχομαι να αποτελέσουν τη βάση της μεταξύ μου και της **ΠΡΟΟΔΕΥΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΤΔ** σύμβασης ασφάλισης κατά Προσωπικών Ατυχημάτων σύμφωνα με τους όρους του σχετικού Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου. Γνωρίζω και συμφωνώ ότι η Εταιρεία δεν θα είναι υπεύθυνη μέχρις ότου εκδοθεί το Συμβόλαιο και πληρωθεί το πρώτο ασφάλιστρο.

Υπογραφή προτεινοντος

Ημερομηνία

Όνομα Πράκτορος

.....