

**ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**  
**ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ**  
(προγράμματα ασφάλισης)

Αριθμός Πρότασης \_\_\_\_\_ Αριθμός Συμβολαίου \_\_\_\_\_ Κωδικός Συνεργάτη \_\_\_\_\_ Κωδικός Λήπτη \_\_\_\_\_

**Είναι απαραίτητο να συμπληρωθούν όλα τα παρακάτω κενά και να απαντηθούν όλες οι ερωτήσεις**

<b>ΛΗΠΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ</b>	Επώνυμο / Επωνυμία: _____ Όνομα _____ Πατρώνυμο _____
	Διεύθυνση: Οδός _____ Αριθμός _____ Πόλη / Χωριό _____ Τ.Κ. _____
	Επάγγελμα _____ E-mail _____ Τηλ. _____
	A.Φ.Μ. _____ Δ.Ο.Υ. _____ Α.Δ.Τ./Διαβατήριο _____

Συμπληρώνεται μόνο αν ο ασφαλιζόμενος είναι διαφορετικό πρόσωπο από τον λήπτη της ασφάλισης

<b>ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ</b>	Επώνυμο / Επωνυμία: _____ Όνομα _____ Πατρώνυμο _____
	Διεύθυνση: Οδός _____ Αριθμός _____ Πόλη / Χωριό _____ Τ.Κ. _____
	Επάγγελμα _____ Ημερ/νία Γέννησης _____ E-mail _____
	Τηλ. _____ A.Φ.Μ. _____ Δ.Ο.Υ. _____ Α.Δ.Τ./Διαβατήριο _____

<b>ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ</b>	Επιθυμητή ημερομηνία έναρξης : Από _____ (12:00 μεσημβρινή), μέχρι _____ (12:00 μεσημβρινή).
---------------------------	--

<b>ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ</b> (αφορούν τον Ασφαλιζόμενο)	Έχετε κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας όπως: καρδιακό νόσημα, σκλήρυνση κατά πλάκας, επιληψία, νόσο του Πάρκινσον, διαβήτη, αρθρίτιδα, νευρολογικό νόσημα, ενδοκρινολογικό νόσημα, πρόβλημα σε αρθρώσεις/μύες/ οστά, νεόπλασμα, όγκο, καρκίνο, HIV/AIDS, ηπατίτιδα Β ή Γ; <b>ΝΑΙ</b> <input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> <input type="checkbox"/> Αν Ναι, αναφέρατε λεπτομερώς: _____
	Έχετε κάποιο ελάττωμα στην ακοή, στην ομιλία ή στην όραση; <b>ΝΑΙ</b> <input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> <input type="checkbox"/> Αν Ναι, αναφέρατε λεπτομερώς: _____
	Τους τελευταίους έξι μήνες είχατε κάποιο συμπτώματα όπως λιποθυμίες, ζαλάδες, διπλωπία, θαμνή ή σκοτεινή όραση, για τα οποία να μην έχετε μέχρι τώρα συμβουλευτεί γιατρό; <b>ΝΑΙ</b> <input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> <input type="checkbox"/>

<b>ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ</b> (αφορούν τον Ασφαλιζόμενο)	Οδηγείτε μοτοσικλέτα; <b>ΝΑΙ</b> <input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> <input type="checkbox"/>
	Ασχολείστε με κάποιο επικίνδυνο άθλημα όπως αγώνες ταχύτητας, αλεξιπτωτο πλαιγιάς, σκι κ.λπ.; <b>ΝΑΙ</b> <input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> <input type="checkbox"/>
	Έχετε τώρα ασφαλιστική κάλυψη σε ισχύ σε άλλη ασφαλιστική εταιρία; <b>ΝΑΙ</b> <input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> <input type="checkbox"/> Αν ΝΑΙ σε ποια; _____
	Έχει οποιαδήποτε ασφαλιστική εταιρία αρνηθεί να σας ασφαλίσει ή να ανανεώσει το ασφαλιστήριο σας; <b>ΝΑΙ</b> <input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> <input type="checkbox"/> Αν Ναι, αναφέρατε λεπτομερώς: _____

<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ</b>	Ετήσια <input type="checkbox"/> 2 εξαμηνιαίες δόσεις <input type="checkbox"/> (ελάχιστο ποσό δόσης € 40)
--	--

<b>ΤΡΟΠΟΣ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ</b>	<b>Μετρητά</b> <input type="checkbox"/> <b>Πιστωτική κάρτα:</b> VISA <input type="checkbox"/> DINERS <input type="checkbox"/> MASTERCARD <input type="checkbox"/> <b>Winbank easy pay</b> <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ** (Επιλέξτε το πρόγραμμα που επιθυμείτε)

	Πρόγραμμα 1 <input type="checkbox"/>	Πρόγραμμα 2 <input type="checkbox"/>	Πρόγραμμα 3 <input type="checkbox"/>	Πρόγραμμα 4 <input type="checkbox"/>
<b>Περιγραφή κάλυψης</b>	<b>Ασφαλιζόμενα Κεφάλαια</b>			
Θάνατος	€ 20.000	€ 30.000	€ 40.000	€ 50.000
Μόνιμη ολική ανικανότητα / Μόνιμη μερική ανικανότητα	€ 20.000	€ 30.000	€ 40.000	€ 50.000
Ιατρικά, Χειρουργικά, Νοσοκομειακά, Νοσηλευτικά έξοδα	€ 1.500	€ 2.000	€ 2.500	€ 3.000

Επιθυμείτε η κάλυψη να ισχύει μόνο για ατυχήματα κατά τη διάρκεια εργασίας; **ΝΑΙ**  **ΟΧΙ**

Αν έχετε επιλέξει το **Πρόγραμμα 4**, μπορείτε να επιλέξετε διπλασιασμό των ασφαλισμένων κεφαλαίων Θανάτου και Μόνιμης ολικής ανικανότητας σε περίπτωση ατυχήματος μέσα σε δημόσιο μεταφορικό μέσο. **ΝΑΙ**  **ΟΧΙ**

ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ			
ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ %

ΟΜΑΔΙΚΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΑ	
Επιθυμείτε να ασφαλίσετε όλους τους υπαλλήλους σας;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Αν όχι, ποιοι υπάλληλοι δεν θα συμπεριληφθούν στην ασφάλιση; ΕΝΝΟΟΥΜΕ ΠΟΙΟΙ ή ΠΟΣΟΙ;	
Επιθυμείτε η κάλυψη να ισχύει μόνο για ατυχήματα κατά τη διάρκεια εργασίας;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Παίρνετε τις κατάλληλες προφυλάξεις για την εξασφάλιση της σωματικής ακεραιότητας των υπαλλήλων σας;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Παίρνετε τις κατάλληλες προφυλάξεις για την προφύλαξη των υπαλλήλων σας έναντι εργατικών ατυχημάτων;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Επιθυμείτε κάλυψη ατυχήματος για οδηγό ή επιβάτη μοτοσικλέτας;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> Εάν Ναι, συμπληρώστε την αντίστοιχη στήλη στην πιο κάτω κατάσταση.
Υπάρχει περίπτωση οι υπάλληλοι της εταιρίας σας (περισσότεροι από ένας) να βρίσκονται μέσα στο ίδιο μεταφορικό μέσο την ίδια χρονική στιγμή;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Έχει κάποιος από τους υπαλλήλους σας υποστεί κάποιο σοβαρό τραυματισμό από ατύχημα κατά τη διάρκεια των δώδεκα (12) τελευταίων μηνών;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Αν Ναι, αναφέρατε λεπτομερώς:	
Υπάρχει τώρα ασφαλιστική κάλυψη σε ισχύ σε άλλη ασφαλιστική εταιρία;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> Εάν ΝΑΙ, σε ποια; _____
Έχει οποιαδήποτε ασφαλιστική εταιρία αρνηθεί να σας ασφαλίσει ή να ανανεώσει το ασφαλιστήριο σας;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ (Όριο ηλικίας 16 έως 65 ετών)			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΘΕΣΗ ΣΤΗΝ ΕΤΑΙΡΙΑ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΟΔΗΓΟΣ ΜΟΤΟΣΙΚΛΕΤΑΣ
			ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
			ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
			ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
			ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
			ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
			ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
			ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
			ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
			ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
			ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
			ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
			ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
			ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
			ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

#### ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΧΡΕΩΣΗΣ ΠΙΣΤΩΤΙΚΗΣ ΚΑΡΤΑΣ

Ο υπογράφων την παρούσα Εξουσιοδότηση αναθέσσει εξοφλήσεως ασφαλιστών, δηλώνω ότι εξουσιοδοτώ την EFG Eurolife Α.Ε.Γ.Α. να χρεώνει αυτομάτως την Πιστωτική μου κάρτα .....με αριθμό :.....και ημερομηνία λήξεως:....  
.....με το ποσό των εκάστοτε οφειλομένων ασφαλιστών, καθώς και με τα ασφάλιστρα των εν συνεχεία ανανεώσεων του προς έκδοση Ασφαλιστηρίου με βάση την παρούσα αίτηση μαζί με τις τυχόν αλλαγές ή τροποποιήσεις του. Η παρούσα εξουσιοδότηση ισχύει μέχρι εγγράφου ανακλήσεώς της προς την EFG Eurolife Α.Ε.Γ.Α.

Ημερομηνία .....

#### ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ (Σύμφωνα με τον Ν. 2472/1997 και με την υπ' αριθμ.

##### 1/1999 Κανονιστική Πράξη της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα).

Η Εταιρία EFG Eurolife Α.Ε.Γ.Α. (Λ. Συγγρού 209, Νέα Σμύρνη, 17121) («Υπεύθυνος Επεξεργασίας») ενημερώνει το φυσικό πρόσωπο που υπογράφει την παρούσα αίτηση («Υποκείμενο») ότι τα προσωπικά του δεδομένα που η Εταιρία συλλέγει με την παρούσα αίτηση ή θα δημιουργηθούν μετά την έγκρισή της και κατά τη διάρκεια της ασφάλισής του, και στα οποία περιλαμβάνονται και ευαίσθητα δεδομένα που αφορούν κυρίως την υγεία, θα αποτελέσουν αντικείμενο επεξεργασίας από την ίδια ή / και από τρίτους που εκτελούν την επεξεργασία κατ' εντολή και για λογαριασμό της **με σκοπό:** την ομαλή λειτουργία της ασφάλισης και την εκτέλεση των υποχρεώσεων της Εταιρίας που απορρέουν από αυτήν.

**Αποδέκτες των δεδομένων :** Η διοίκηση και οι υπηρεσίες της Εταιρίας, συνεργαζόμενα με την Εταιρία φυσικά ή νομικά πρόσωπα, νοσηλευτικά ιδρύματα, ιατροί, διαγνωστικά κέντρα, εμπειρογνώμονες, πραγματογνώμονες, ερευνητές, σύμβουλοι κάθε φύσης, όπως νομικοί, οικονομικοί, πάροχοι ή συντηρητές μηχανογραφικών εφαρμογών οι συνδεδεμένες με την Εταιρία επιχειρήσεις, στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων τους, η Τράπεζα "EFG Eurobank Εργασίας Α.Ε." στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων της, λοιπές ασφαλιστικές / αντασφαλιστικές εταιρίες για τα δεδομένα τα σχετικά με τη λήψη αντασφάλισης από την Εταιρία, οι δημόσιες υπηρεσίες και δικαστικές αρχές, δημόσιοι λειτουργοί και τρίτοι, βάσει επιταγών νόμου, δικαστικών αποφάσεων και για την πρόσπιση των εννόμων συμφερόντων της Εταιρίας.

**Δικαίωμα Πρόσβασης και Αντίρρησης:** Το Υποκείμενο των δεδομένων έχει το δικαίωμα να γνωρίζει εάν τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που το αφορούν αποτελούν ή αποτέλεσαν αντικείμενο επεξεργασίας ( άρθρο 12 Ν. 2472/1997) καθώς και να προβάλλει οποτεδήποτε αντιρρήσεις για την επεξεργασία των δεδομένων που το αφορούν (άρθρο 13 Ν. 2472/1997). Για τυχόν άσκηση των δικαιωμάτων πρόσβασης και αντίρρησης για την επεξεργασία των δεδομένων, μπορείτε να απευθύνεστε στον υπεύθυνο επεξεργασίας της Εταιρίας (Λ. Συγγρού 209 - 211, Νέα Σμύρνη, 17121, Τηλ. 210-9303900).

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΕΥΑΙΣΘΗΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Ο Λήπτης της Ασφάλισης ή ο Ασφαλιζόμενος, κατά περίπτωση, δηλώνω ότι κατόπιν της ενημέρωσης που έγινε σε εμένα συγκατατίθεμαι στην επεξεργασία των ευαίσθητων προσωπικών μου δεδομένων από την EFG Eurolife A.E.Γ.Α και στη διαβίβαση τους στους παραπάνω αναφερόμενους αποδέκτες. Περαιτέρω εξουσιοδοτώ οποιοδήποτε φυσικό ή νομικό πρόσωπο που με περιέθαλπε ή θα με περιθάλπει ιατρικώς, να δίνει, με την επίδειξη του πρωτοτύπου ή απλού φωτοτυπικού αντιγράφου της παρούσας, στην EFG Eurolife A.E.Γ.Α. οποιαδήποτε πληροφορία αυτή κρίνει αναγκαία σχετικά με την υγεία μου ή με την εργασία μου. Συμφωνώ επίσης η εξουσιοδότηση αυτή να παραμένει σε ισχύ για όσο διάστημα η κάλυψη που ζητείται παραμένει σε ισχύ και θα υπάρχει απαίτηση που θα προκύπτει από το Ασφαλιστήριο.

### ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΛΗΠΤΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Δηλώνω ότι κατά το χρόνο υποβολής της παρούσας πρότασης παρέλαβα αντίγραφο της με το προβλεπόμενο από το νόμο Ενημερωτικό Έντυπο Πληροφοριών, ότι τα στοιχεία που δήλωσα στην παρούσα είναι αληθινά, πλήρη και χωρίς παραλείψεις και ότι επέλεξα την ασφαλιστική κάλυψη που αναγράφεται ανωτέρω αφού ενημερώθηκα για την κάλυψη και το κόστος αυτής.

Συμφωνώ τα στοιχεία αυτά που έχουν την υπογραφή μου να αποτελέσουν δήλωση που είναι και η βάση της προτεινόμενης κάλυψης. Έλαβα γνώση του δικαιώματος της Εταιρίας να μην αποδεχθεί την παρούσα πρόταση ασφάλισης ή να την αποδεχθεί με διαφορετικούς όρους από αυτούς που ζητούνται χωρίς υποχρέωση να δικαιολογήσει την απόφασή της.

Δηλώνω και αποδέχομαι ότι ουδεμία αξίωση για αποζημίωση (ασφάλισμα) θα έχω για οποιοδήποτε ζημιογόνο γεγονός το οποίο θα έχει συμβεί πριν από την έκδοση του Ασφαλιστηρίου.

### ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ

Άρθρο 4 παρ.2 περιπτ. Η του Ν.Δ. 400/70, όπως τροποποιήθηκε από το Π.Δ. 252/96

**Επωνυμία, Σκοπός, Νομική μορφή της Ασφαλιστικής Επιχείρησης :**

EFG Eurolife A.E.Γ.Α., με σκοπό τη διενέργεια ασφαλίσεων κατά ζημιών ως Ανώνυμος Εταιρία.

**Κράτος – Μέλος καταγωγής της Επιχείρησης :** ΕΛΛΑΔΑ

**Διεύθυνση της Έδρας της Ασφαλιστικής Επιχείρησης :**

Λ. Συγγρού 209 - 211, 171 21 Νέα Σμύρνη, Τηλ. 210-9303900 Fax 210- 9303983, website : www.eurolife.gr

**Εφαρμοστέο Δίκαιο :**

Εφαρμοστέο Δίκαιο είναι το Ελληνικό

**Τρόπος και Χρόνος διευθέτησης εγγράφων παραπόνων του Ασφαλισμένου και/ ή Λήπτη της ασφάλισης:**

Η εταιρία σε εύλογο χρονικό διάστημα όχι μεγαλύτερο των τριάντα (30) ημερών από την παραλαβή του εγγράφου στην έδρα της, θα επιλαμβάνεται για τη διευθέτηση των εγγράφων παραπόνων.

**Ημερομηνία**

**Τόπος**

Υπογραφή Προτείνοντος (Λήπτη της Ασφάλισης): \_\_\_\_\_

Όνοματεπώνυμο Προτείνοντος (Λήπτη της Ασφάλισης): \_\_\_\_\_

Υπογραφή Ασφαλιζομένου: \_\_\_\_\_

Όνοματεπώνυμο Ασφαλιζομένου: \_\_\_\_\_