

**ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ/ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ**

**1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ**

**Α. ΣΕ ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΤΟΝ ΠΕΛΑΤΗ:**

Επωνυμία

Κωδ. Συνεργάτη  Α.Φ.Μ.  Αρ. Ειδικού Μητρώου

**Β. ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΙΑ:**

Επωνυμία

Κωδ. Συνεργάτη  Α.Φ.Μ.  Αρ. Ειδικού Μητρώου

**Γ. ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ:**

Επωνυμία

Κωδ. Συνεργάτη  Α.Φ.Μ.  Αρ. Ειδικού Μητρώου

**2 ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΑ ΠΡΟΣΩΠΑ**

**1ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ** Ονοματεπώνυμο

Όνομα Πατρός  Φύλο: Αρ.  Θηλ.  Ημερ. Γέννησης  /  /  Ύψος  Βάρος

Α.Φ.Μ.  Δ.Ο.Υ.  Α.Δ.Τ.  Υπηκοότητα

Κύριο Επάγγελμα (αναλυτικά)  Χρόνια

Δευτερεύον Επάγγελμα (αναλυτικά)  Χρόνια

Διεύθυνση Εργασίας Οδός  Αριθμός  Τ.Κ.

Πόλη  Συνοικία  Νομός  Τηλ. Εργασίας

Ταμείο Κοινωνικής Ασφάλισης  ΑΜΚΑ  Βιβλιário Ασθενείας: **ΝΑΙ**  **ΟΧΙ**

Αν ΟΧΙ, αναγράψτε τον λόγο μη ύπαρξης αυτού:

Διεύθυνση Κατοικίας Οδός  Αριθμός  Τ.Κ.

Πόλη  Συνοικία  Νομός

Στοιχεία Επικοινωνίας Σταθερό Τηλ.  Κινητό  e-mail

**2ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ** Ονοματεπώνυμο

Όνομα Πατρός  Φύλο: Αρ.  Θηλ.  Ημερ. Γέννησης  /  /  Ύψος  Βάρος

Α.Φ.Μ.  Δ.Ο.Υ.  Α.Δ.Τ.  Υπηκοότητα

Κύριο Επάγγελμα (αναλυτικά)  Χρόνια

Δευτερεύον Επάγγελμα (αναλυτικά)  Χρόνια

Διεύθυνση Εργασίας Οδός  Αριθμός  Τ.Κ.

Πόλη  Συνοικία  Νομός  Τηλ. Εργασίας

Ταμείο Κοινωνικής Ασφάλισης  ΑΜΚΑ  Βιβλιário Ασθενείας: **ΝΑΙ**  **ΟΧΙ**

Αν ΟΧΙ, αναγράψτε τον λόγο μη ύπαρξης αυτού:

Διεύθυνση Κατοικίας Οδός  Αριθμός  Τ.Κ.

Πόλη  Συνοικία  Νομός

Στοιχεία Επικοινωνίας Σταθερό Τηλ.  Κινητό  e-mail

**3ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ** Ονοματεπώνυμο

Όνομα Πατρός  Φύλο: Αρ.  Θηλ.  Ημερ. Γέννησης  /  /  Ύψος  Βάρος

Ταμείο Κοινωνικής Ασφάλισης  ΑΜΚΑ  Βιβλιário Ασθενείας: **ΝΑΙ**  **ΟΧΙ**

Αν ΟΧΙ, αναγράψτε τον λόγο μη ύπαρξης αυτού:

## 2 ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΑ ΠΡΟΣΩΠΑ (συνέχεια)

<b>4ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ</b>		Όνοματεπώνυμο									
Όνομα Πατρός		Φύλο: Αρ. <input type="checkbox"/>	Θηλ. <input type="checkbox"/>	Ημερ. Γέννησης	/	/	Ύψος		Βάρος		
Ταμείο Κοινωνικής Ασφάλισης				ΑΜΚΑ			Βιβλιάριο Ασθενείας: <b>ΝΑΙ</b> <input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> <input type="checkbox"/>				
Αν ΟΧΙ, αναγράψτε τον λόγο μη ύπαρξης αυτού:											
<b>5ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ</b>		Όνοματεπώνυμο									
Όνομα Πατρός		Φύλο: Αρ. <input type="checkbox"/>	Θηλ. <input type="checkbox"/>	Ημερ. Γέννησης	/	/	Ύψος		Βάρος		
Ταμείο Κοινωνικής Ασφάλισης				ΑΜΚΑ			Βιβλιάριο Ασθενείας: <b>ΝΑΙ</b> <input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> <input type="checkbox"/>				
Αν ΟΧΙ, αναγράψτε τον λόγο μη ύπαρξης αυτού:											

## 3 ΛΗΠΤΗΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ (ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ)

(Συμπληρώνεται μόνο όταν ο συμβαλλόμενος ΔΕΝ λαμβάνει ασφαλιστικές καλύψεις)

Εάν ο συμβαλλόμενος λαμβάνει ασφαλιστικές καλύψεις διευκρινίστε εάν είναι ο: **1ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ**  **2ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ**

Όνοματεπώνυμο											
Όνομα Πατρός		Φύλο: Αρ. <input type="checkbox"/>	Θηλ. <input type="checkbox"/>	Ημερ. Γέννησης	/	/	Ύψος		Βάρος		
Α.Φ.Μ.		Δ.Ο.Υ.					Α.Δ.Τ.				
Στοιχεία επικοινωνίας	Σταθερό Τηλ.		Κινητό		e-mail						

## 4 ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Διεύθυνση Κατοικίας του ασφαλιζόμενου: 1ος  2ος  Διεύθυνση Εργασίας του ασφαλιζόμενου: 1ος  2ος  Άλλη  (Συμπληρώστε παρακάτω)

Οδός		Αριθμός		T.K.	
Πόλη		Συνοικία		Νομός	

## 5 ΑΙΤΟΥΜΕΝΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ

**A. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ** (Εμπριέχουν την Ασφάλιση Βοήθειας «Φροντίδα ΜΙΝΕΤΤΑ» και την Ασφάλιση «2ης Ιατρικής Γνωμάτευσης»)

	1ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ		2ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ		3ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ		4ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ		5ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ	
	ΘΕΣΗ	ΕΚΠΙΠΤΟΜΕΝΟ	ΘΕΣΗ	ΕΚΠΙΠΤΟΜΕΝΟ	ΘΕΣΗ	ΕΚΠΙΠΤΟΜΕΝΟ	ΘΕΣΗ	ΕΚΠΙΠΤΟΜΕΝΟ	ΘΕΣΗ	ΕΚΠΙΠΤΟΜΕΝΟ
<b>1. ΜΙΝΕΤΤΑ Vital</b> Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο έως €250.000	B' <input type="checkbox"/>	€750 <input type="checkbox"/> €1.500 <input type="checkbox"/> €3.000 <input type="checkbox"/>	B' <input type="checkbox"/>	€750 <input type="checkbox"/> €1.500 <input type="checkbox"/> €3.000 <input type="checkbox"/>	B' <input type="checkbox"/>	€750 <input type="checkbox"/> €1.500 <input type="checkbox"/> €3.000 <input type="checkbox"/>	B' <input type="checkbox"/>	€750 <input type="checkbox"/> €1.500 <input type="checkbox"/> €3.000 <input type="checkbox"/>	B' <input type="checkbox"/>	€750 <input type="checkbox"/> €1.500 <input type="checkbox"/> €3.000 <input type="checkbox"/>
<b>2. ΜΙΝΕΤΤΑ Top</b> Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο έως €500.000	A' <input type="checkbox"/> B' <input type="checkbox"/> Γ' <input type="checkbox"/>	€750 <input type="checkbox"/> €1.000 <input type="checkbox"/> €1.500 <input type="checkbox"/> €2.000 <input type="checkbox"/> €3.000 <input type="checkbox"/> €5.000 <input type="checkbox"/>	A' <input type="checkbox"/> B' <input type="checkbox"/> Γ' <input type="checkbox"/>	€750 <input type="checkbox"/> €1.000 <input type="checkbox"/> €1.500 <input type="checkbox"/> €2.000 <input type="checkbox"/> €3.000 <input type="checkbox"/> €5.000 <input type="checkbox"/>	A' <input type="checkbox"/> B' <input type="checkbox"/> Γ' <input type="checkbox"/>	€750 <input type="checkbox"/> €1.000 <input type="checkbox"/> €1.500 <input type="checkbox"/> €2.000 <input type="checkbox"/> €3.000 <input type="checkbox"/> €5.000 <input type="checkbox"/>	A' <input type="checkbox"/> B' <input type="checkbox"/> Γ' <input type="checkbox"/>	€750 <input type="checkbox"/> €1.000 <input type="checkbox"/> €1.500 <input type="checkbox"/> €2.000 <input type="checkbox"/> €3.000 <input type="checkbox"/> €5.000 <input type="checkbox"/>	A' <input type="checkbox"/> B' <input type="checkbox"/> Γ' <input type="checkbox"/>	€750 <input type="checkbox"/> €1.000 <input type="checkbox"/> €1.500 <input type="checkbox"/> €2.000 <input type="checkbox"/> €3.000 <input type="checkbox"/> €5.000 <input type="checkbox"/>
<b>3. ΜΙΝΕΤΤΑ Top Plus</b> Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο έως €500.000	A' <input type="checkbox"/> B' <input type="checkbox"/> Γ' <input type="checkbox"/>	€750 <input type="checkbox"/> €1.000 <input type="checkbox"/> €1.500 <input type="checkbox"/> €2.000 <input type="checkbox"/> €3.000 <input type="checkbox"/> €5.000 <input type="checkbox"/> €7.500 <input type="checkbox"/>	A' <input type="checkbox"/> B' <input type="checkbox"/> Γ' <input type="checkbox"/>	€750 <input type="checkbox"/> €1.000 <input type="checkbox"/> €1.500 <input type="checkbox"/> €2.000 <input type="checkbox"/> €3.000 <input type="checkbox"/> €5.000 <input type="checkbox"/> €7.500 <input type="checkbox"/>	A' <input type="checkbox"/> B' <input type="checkbox"/> Γ' <input type="checkbox"/>	€750 <input type="checkbox"/> €1.000 <input type="checkbox"/> €1.500 <input type="checkbox"/> €2.000 <input type="checkbox"/> €3.000 <input type="checkbox"/> €5.000 <input type="checkbox"/> €7.500 <input type="checkbox"/>	A' <input type="checkbox"/> B' <input type="checkbox"/> Γ' <input type="checkbox"/>	€750 <input type="checkbox"/> €1.000 <input type="checkbox"/> €1.500 <input type="checkbox"/> €2.000 <input type="checkbox"/> €3.000 <input type="checkbox"/> €5.000 <input type="checkbox"/> €7.500 <input type="checkbox"/>	A' <input type="checkbox"/> B' <input type="checkbox"/> Γ' <input type="checkbox"/>	€750 <input type="checkbox"/> €1.000 <input type="checkbox"/> €1.500 <input type="checkbox"/> €2.000 <input type="checkbox"/> €3.000 <input type="checkbox"/> €5.000 <input type="checkbox"/> €7.500 <input type="checkbox"/>
Δυνατότητα μείωσης του εκπιπόμενου (αφορά τα ποσά €2.000, €3.000, €5.000 και των €7.500)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>4. ΜΙΝΕΤΤΑ Care</b> Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο έως €50.000 (*)	B' <input type="checkbox"/>	€750 <input type="checkbox"/>	B' <input type="checkbox"/>	€750 <input type="checkbox"/>	B' <input type="checkbox"/>	€750 <input type="checkbox"/>	B' <input type="checkbox"/>	€750 <input type="checkbox"/>	B' <input type="checkbox"/>	€750 <input type="checkbox"/>

(\*) Το εκπιπόμενο ποσό διαμορφώνεται αναλόγως της κλινικής που πραγματοποιείται η νοσηλεία (βλ. έντυπο πληροφοριών)

## 5 ΑΙΤΟΥΜΕΝΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ (συνέχεια)

### Β. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ

Χειρουργικό επίδομα από €1.000 έως €3.000	1ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ (Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο)	2ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ (Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο)	3ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ (Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο)	4ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ (Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο)	5ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ (Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο)
		€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>

### Γ. ΕΞΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ

	1ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ	2ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ	3ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ	4ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ	5ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ
1. MINETTA Senior	€1.000 <input type="checkbox"/> €2.000 <input type="checkbox"/>	€1.000 <input type="checkbox"/> €2.000 <input type="checkbox"/>	€1.000 <input type="checkbox"/> €2.000 <input type="checkbox"/>	€1.000 <input type="checkbox"/> €2.000 <input type="checkbox"/>	€1.000 <input type="checkbox"/> €2.000 <input type="checkbox"/>
2. MINETTA Junior	€1.000 <input type="checkbox"/> €2.000 <input type="checkbox"/>	€1.000 <input type="checkbox"/> €2.000 <input type="checkbox"/>	€1.000 <input type="checkbox"/> €2.000 <input type="checkbox"/>	€1.000 <input type="checkbox"/> €2.000 <input type="checkbox"/>	€1.000 <input type="checkbox"/> €2.000 <input type="checkbox"/>
3. MINETTA Aid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. MINETTA Aid Plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Δ. ΠΑΚΕΤΑ (Παρέχονται μόνο σε ενήλικες. Το ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 1 του προσωπικού ατυχήματος παρέχεται και σε παιδιά.)

1. Προσωπικό Ατύχημα	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 1	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 2	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 3	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 4
	ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΙ 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΙ 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΙ 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΙ 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
ΑΠΩΛΕΙΑ ΖΩΗΣ (ατύχ.) ΜΟΑ/ΜΜΑ (ατύχ.) ΝΟΣΟΚ. ΕΠΙΔΟΜΑ (ατύχ.) ΙΦΕ (ατύχ.)	€10.000 €10.000 €25/ημέρα €1.500	€20.000 €20.000 €30/ημέρα €2.000	€30.000 €30.000 €35/ημέρα €2.500	€50.000 €50.000 €40/ημέρα €3.000
2. Προστασία Οικογένειας	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 1	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 2	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 3	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 4
	ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΙ 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΙ 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΙ 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΙ 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
ΑΠΩΛΕΙΑ ΖΩΗΣ (ατύχ./ασθ.) ΜΟΑ (ατύχ./ασθ.) ΣΥΝΤΑΞΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ (ατύχ./ασθ.)	€20.000 €20.000 €200/μήνα	€30.000 €30.000 €300/μήνα	€40.000 €40.000 €400/μήνα	€50.000 €50.000 €500/μήνα

### Ε. ΑΠΩΛΕΙΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Ή ΑΣΘΕΝΕΙΑ (Παρέχεται μόνο σε εργαζόμενους)

	1ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ	2ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ	3ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ	4ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ	5ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ
ΑΠΩΛΕΙΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ (*)	Μηνιαία Παροχή € <input type="text"/> Περίοδος Αναμονής 1η <input type="checkbox"/> 8η <input type="checkbox"/> 15η <input type="checkbox"/> 31η <input type="checkbox"/>	Μηνιαία Παροχή € <input type="text"/> Περίοδος Αναμονής 1η <input type="checkbox"/> 8η <input type="checkbox"/> 15η <input type="checkbox"/> 31η <input type="checkbox"/>	Μηνιαία Παροχή € <input type="text"/> Περίοδος Αναμονής 1η <input type="checkbox"/> 8η <input type="checkbox"/> 15η <input type="checkbox"/> 31η <input type="checkbox"/>	Μηνιαία Παροχή € <input type="text"/> Περίοδος Αναμονής 1η <input type="checkbox"/> 8η <input type="checkbox"/> 15η <input type="checkbox"/> 31η <input type="checkbox"/>	Μηνιαία Παροχή € <input type="text"/> Περίοδος Αναμονής 1η <input type="checkbox"/> 8η <input type="checkbox"/> 15η <input type="checkbox"/> 31η <input type="checkbox"/>
ΑΠΩΛΕΙΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑ (*)	Μηνιαία Παροχή € <input type="text"/> Περίοδος Αναμονής 8η <input type="checkbox"/> 15η <input type="checkbox"/> 31η <input type="checkbox"/>	Μηνιαία Παροχή € <input type="text"/> Περίοδος Αναμονής 8η <input type="checkbox"/> 15η <input type="checkbox"/> 31η <input type="checkbox"/>	Μηνιαία Παροχή € <input type="text"/> Περίοδος Αναμονής 8η <input type="checkbox"/> 15η <input type="checkbox"/> 31η <input type="checkbox"/>	Μηνιαία Παροχή € <input type="text"/> Περίοδος Αναμονής 8η <input type="checkbox"/> 15η <input type="checkbox"/> 31η <input type="checkbox"/>	Μηνιαία Παροχή € <input type="text"/> Περίοδος Αναμονής 8η <input type="checkbox"/> 15η <input type="checkbox"/> 31η <input type="checkbox"/>

(\*) Από €300 έως €2.250.

### ΣΤ. ΣΟΒΑΡΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ (Παρέχονται μόνο σε ενήλικες)

	1ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ (Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο)	2ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ (Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο)	3ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ (Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο)	4ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ (Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο)	5ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ (Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο)
1. ΑΣΑ 10 από €10.000 έως €100.000	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
2. ΑΣΑ 20 από €10.000 έως €100.000	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
3. ΑΣΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ από €10.000 έως €40.000	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>





## 10 ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΤΗΝ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΦΑΤΙΚΩΝ ΣΑΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΣΗΣ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗΣ	ΗΜ/ΝΙΑ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ	ΤΩΡΙΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΣ

### ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΕΙΣ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ - ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΩΝ

Παρακαλώ να εκδώσετε ασφαλιστική σύμβαση με βάση τα στοιχεία που δήλωσα και σύμφωνα με τους όρους ασφάλισης που ισχύουν για τις ασφαλιστικές καλύψεις που επέλεξα και τους οποίους γνωρίζω και κατανόησα. Συμφωνώ πως η ασφάλισή μου θα ισχύσει μετά την αποδοχή από την Εταιρία σας της πρότασης ασφάλισής μου αυτής, με την προϋπόθεση προηγούμενης εξόφλησης των ασφαλιστρών.

Τα στοιχεία που δήλωσα σε αυτή την πρόταση ασφάλισης, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που αφορούν τυχόν ασφαλιζόμενα μέλη της οικογένειάς μου, είναι αληθινά, πλήρη και χωρίς παραλείψεις. Συμφωνώ ότι τα στοιχεία αυτά, μαζί με τις ιατρικές εξετάσεις που πιθανόν θα γίνουν και με τυχόν έγγραφες συμπληρωματικές πληροφορίες, θα αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της ασφαλιστικής σύμβασης. Δηλώνω επίσης ότι έλαβα γνώση για τα παρακάτω τα οποία και αποδέχομαι:

α) **Η ΜΙΝΕΤΤΑ ΑΝΩΝΥΜΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ** συλλέγει, επεξεργάζεται και αποθηκεύει προσωπικά δεδομένα των ασφαλισμένων της. Ο σκοπός συλλογής των, η πηγή πληροφόρησης, τα είδη των προσωπικών δεδομένων που επεξεργάζονται, οι αποδέκτες, ο χρόνος τήρησης των αρχείων, τα δικαιώματα των υποκειμένων καθώς και τυχόν αυτοματοποιημένες διαδικασίες επεξεργασίας δεδομένων για σκοπούς εκτίμησης κινδύνων αναφέρονται στην «ΔΗΛΩΣΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ» που ακολουθεί και έχω συναινέσει.

β) Εάν κατά το χρονικό διάστημα που θα μεσολαβήσει από την υπογραφή της παρούσας μέχρι την ημερομηνία έκδοσης του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, μεταβληθεί η κατάσταση της υγείας μου -ή της υγείας τυχόν ασφαλιζομένων μελών της οικογένειάς μου- θα ενημερώσω εγγράφως την Εταιρία, η οποία θα δικαιούται να αναθεωρήσει τους όρους των παρεχομένων ασφαλιστικών καλύψεων. Τυχόν παράλειψή μου ως προς τα ανωτέρω θα αποτελεί λόγο ακύρωσης της ασφαλιστικής σύμβασης.

Τέλος, βεβαιώνω πως ενημερώθηκα προσυμβατικά σχετικά με το εφαρμοστέο δίκαιο στην ασφαλιστική σύμβαση, για την ακολουθούμενη από την Εταιρία διαδικασία διαχείρισης αιτιάσεων συμπεριλαμβανομένης και της δυνατότητάς μου να προσφύγω σε αρμόδια αρχή με την επιφύλαξη προσφυγής στη δικαιοσύνη.

ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΑΙΤΗΜΑΤΑ .....

.....

.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: / /

Ο ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ

Ο ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ

Ο/Η ΣΥΖΥΓΟΣ

Ο ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗΣ

(υπογραφή - ονοματεπώνυμο)

(υπογραφή - ονοματεπώνυμο)

(υπογραφή - ονοματεπώνυμο)

(υπογραφή - ονοματεπώνυμο)

### ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ

Πιστοποιώ ότι η παρούσα πρόταση ασφάλισης και το ερωτηματολόγιο υγείας συμπληρώθηκαν και υπογράφηκαν ενώπιόν μου από τον ασφαλιζόμενο/συμβαλλόμενο που αναγράφεται παραπάνω.

Ο ασφαλιστικός συνεργάτης (Ονοματεπώνυμο) .....

Κωδικός .....

Ετήσια Ασφάλιστρα Μικτά(\*)

€

Υπογραφή .....

(\*) Το ελάχιστο ετήσιο κόστος του συμβολαίου είναι €100