

Αίτημα Πρότασης Ασφάλισης ΚΛΑΔΟΥ

Κωδικός Διαμεσολαβούντα:

Στοιχεία Συμβαλλομένου - Λήπτη της Ασφάλισης

Άνδρας: Γυναίκα: Εταιρία: (*)

Επίθετο / Επωνυμία: _____ Όνομα: _____ Πατρώνυμο: _____

Επάγγελμα / Δραστηριότητα Επιχείρησης: _____

Ημερομηνία Γέννησης (*): _____

Στοιχεία Ασφαλισμένου

Ο Ίδιος: Γυναίκα: Εταιρία: (*)

Επίθετο / Επωνυμία: _____ Όνομα: _____ Πατρώνυμο: _____

Επάγγελμα (*): _____ Ημερομηνία Γέννησης (*): _____

Διεύθυνση ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ Ασφαλισμένου

Δ.Ο.Υ. κατοικιών εξωτερικού

Νομός: _____

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εξαρτώμενα μέλη

Ημερομηνία γέννησης (*)

| | |
|----------|-------|
| Σύζυγος | _____ |
| 1ο Παιδί | _____ |
| 2ο Παιδί | _____ |
| 3ο Παιδί | _____ |
| 4ο Παιδί | _____ |

Νοσοκομειακή περίθαλψη

Ετήσιας ανανέωσης χωρίς εγγυήσεις Ετήσιας ανανέωσης με εγγυήσεις Ισόβιο

Θέση νοσηλείας (περιγράψτε): _____

Ποσοστό κάλυψης (περιγράψτε): _____

Ποσό απαλλαγής: 0€ 500€ - 1000€ 1500€ άλλο

(περιγράψτε): _____

Ελεύθερη επιλογή νοσοκομείων: ΝΑΙ ΑΔΙΑΦΟΡΟ

Κάλυψη στο εξωτερικό ΝΑΙ ΑΔΙΑΦΟΡΟ

Επιθυμητό εύρος ετήσιου κόστους (περιγράψτε): _____

Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη

Επιθυμητό δίκτυο εξυπηρέτησης: ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ EUROMEDICA ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΕΠΙΛΟΓΗ
ΑΔΙΑΦΟΡΟ

Ποσοστό συμμετοχής ασφαλισμένου στο κόστος των εξετάσεων: 0% 10% - 20%
15%

Ελάχιστο ετήσιο κεφάλαιο κάλυψης εξετάσεων: 500-1000€ άνω των 1000€

Επισκέψεις ιατρών: ΝΑΙ ΑΔΙΑΦΟΡΟ

CHECK UP ΝΑΙ ΑΔΙΑΦΟΡΟ

Επιθυμητό εύρος ετήσιου κόστους (περιγράψτε): _____

Σύνταξη – Αποταμίευση - Επένδυση

Επιθυμητό ποσό σύνταξης: _____ Επιθυμητό εφάπαξ στη λήξη: _____

Επιθυμητό μηναίο ποσό αποταμίευσης: _____ Διάρκεια αποταμίευσης: _____

Ετήσια αυτόματη αναπροσαρμογή ποσού αποταμίευσης ΝΑΙ ΟΧΙ

Πρόγραμμα εγγυημένου τεχνικού επιτοκίου ΝΑΙ UNIT LINKED Ναι

Εφάπαξ επένδυση εγγυημένου τεχνικού επιτοκίου, κεφάλαιο: _____ €

Εφάπαξ επένδυση unit linked, κεφάλαιο: _____ €

Λοιπές καλύψεις

Α.Π.Α. λόγω Μ.Ο.Α. _____ Α.Π.Α. λόγω ΘΑ _____

Απλή ασφάλιση ζωής ατύχημα/ασθένεια, κεφάλαιο (περιγράψτε): _____ €
διάρκεια έτη (περιγράψτε): _____

Ισόβιος ασφάλιση ζωής ατύχημα/ασθένεια, κεφάλαιο (περιγράψτε): _____ €

Μ.Ο.Α. (μόνιμη ολική ανικανότητα για εργασία ατύχημα/ ασθένεια), κεφάλαιο (περιγράψτε): _____
_____ €

Πρόσκαιρη ολική ανικανότητα για εργασία ατύχημα/ ασθένεια), κεφάλαιο (περιγράψτε): _____
_____ €/ ημερησίως _____

Αναμονή για ατύχημα – ημέρες (ελάχιστο = 0): _____
(περιγράψτε) _____

Αναμονή για ασθένεια – ημέρες (ελάχιστο = 7): _____
(περιγράψτε) _____

ΘΑ (θάνατος ατύχημα), κεφάλαιο: _____ Μ.Ο.Α./ Μ.Μ.Α (ατύχημα), κεφάλαιο: _____

Ι.Φ.Ε. (έξοδα ατυχήματος), κεφάλαιο: _____

Ασφάλιση σοβαρών ασθενειών, κεφάλαιο: _____ Χειρουργικό επίδομα, κεφάλαιο: _____

Ημερήσιο επίδομα νοσηλείας: _____

Ασφάλιση δανείου κεφάλαιο: _____ Άλλη: _____

Διάρκεια:

ΘΑ

Μ.Ο.Α

Επιθυμητές εταιρίες

1. _____ 2. _____ 3. _____

Μη επιθυμητές εταιρίες

1. _____ 2. _____ 3. _____

Άλλες: _____

Παρατηρήσεις – ειδικά αιτήματα

Τα πεδία με (*) είναι υποχρεωτικά

Ημερομηνία

...../...../.....

Σημείωση: Η έκδοση πρότασης ασφάλισης δε συνεπάγεται και αποδοχή του κινδύνου εκ μέρους της ασφαλιστικής εταιρίας.